Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Fritz Facilides,
approb. Arzt
aus Reichenbach i. Vogtl.

LEIPZIG
Druck von Bruno Georgi
1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 8. Januar 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Zweifel.

Nachdem Hegar 1886 durch seine grundlegende Arbeit die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf die Genitaltuberkulose des Weibes gelenkt hat, ist die Literatur über diese Erkrankung bedeutend angewachsen. Hartz führt in seinem Referat über die Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane 150 neuere Arbeiten an, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu machen. Auf dem 4. internationalen Kongress für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Rom ist die Genitaltuberkulose eingehend besprochen worden; Veit, Amann jr. und Martin haben daselbst über diese Erkrankung referiert.

Fast alle Autoren stimmen darin überein, dass die Genitaltuberkulose beim Weibe häufiger vorkomme, als bisher angenommen wurde. Was die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens betrifft, so weichen dieselben noch sehr von einander ab. v. Winkel und Schramm berechnen die Häufigkeit auf 1%; letzterer fand unter 3386 weiblichen Leichen des Dresdner Krankenhauses 34 Fälle von Genitaltuberkulose. Die Mehrzahl der neueren Autoren kommen zu bedeutend grösseren Zahlen. v. Hansemann (bei Veit zitiert) fand bei 450 Leichen von tuberkulösen Frauen 18 × Genitaltuberkulose = 4%, bei 149 tuberkulösen Frauen 8 × = 5,4%. Stolper sah bei 34 Sektionen von Phthisikerinnen in 20,5% Genitaltuberkulose. Stratz fand unter 300 gynaekologischen Patientinnen 22mal (7,3%)

tuberkulöse Erkrankung der Genitalien, Ahlefelder unter 649 in die Klinik aufgenommenen unterleibskranken Frauen 13 $\times$ = 2,01 % Genitaltuberkulose. Martin nimmt an, dass mehr als 2 % aller weiblichen Genitalerkrankungen durch Tuberkulose entstehen; Williams berechnet die Häufigkeit auf 7 %. Wenn es sich auch bei Genitaltuberkulose meist um Frauen im zeugungsfähigen Alter, also zwischen dem 18. und 45. Lebensjahre handelt, so bleibt doch keine Altersklasse von dieser Erkrankung verschont. Brüning stellt 44 Fälle von Genitaltuberkulose bei Mädchen im Alter von 7 Monaten bis 15 Jahren zusammen.

Die Tuberkulose kommt in den Genitalien sowohl primär als auch sekundär vor. Während Bollinger, Schmorl, Ribbert, Albrecht, Schmaus nie einen Fall von primärer Genitaltuberkulose gesehen haben (Amann), bezweifeln heute nur noch wenige Autoren deren Vorkommen. Als primär können nach Veit nur die Fälle angesehen werden, bei denen bei sorgfältigster Sektion ausser an den Genitalien nur an solchen Stellen des Körpers tuberkulöse Herde gefunden werden, an denen sie primär nicht vorkommen können, so an den Meningen, Gelenken, Peritoneum. Es ist allgemein bekannt, wie schwer es bisweilen ist, bei der Autopsie solche verborgene tuberkulöse Herde im Körper nachzuweisen. Es kann demnach nur durch Obduktion mit Sicherheit festgestellt werden, ob die Genitalerkrankung primär oder sekundär ist. Heilungen nach Operationen sind, da ja andere Organe früher erkrankt gewesen sein können, ebensowenig wie klinische Beobachtungen bei Beurteilung dieser Frage zu verwerten. Zweifellos erkranken die Genitalien viel häufiger sekundär.

Frerichs berechnet die Prozentzahl der primären Tuberkulose bei 15 Fällen mit 6 %, Mosler bei 46 Fällen mit 19,5 %, Späth bei 119 Fällen 24,5 %. Heiberg hält 5 von

seinen 35 Fällen für primäre Erkrankungen, Orthmann von 155 Fällen sogar 18%, doch lässt Veit von den 33 als primär beschriebenen Erkrankungen Orthmanns nur 7 als solche gelten. Die primären Erkrankungen des Genitals entstehen auf folgende Art: Die Keime dringen 1. von aussen her direkt auf die Schleimhaut der Vulva, Vagina, Cervix, Corpus uteri, Tube ein, 2. durch kleine Verletzungen des Genitalkanals in die paravaginalen bezw. parametralen Lymphbahnen und von da entweder durch Vermittlung des Beckenbauchfells oder direkt zur Tube, ein Weg, auf den zunächst Hegar aufmerksam machte. 3. kommt noch in Betracht, dass eine kongenitale, lange Zeit latent gebliebene Tuberkulose sich nur im Genitaltraktus lokalisiert. Für die ersten beiden Infektionsmöglichkeiten ist mechanische Einschleppung der Bazillen verantwortlich zu machen, so z. B. durch das Sperma bei der Cohabitation, durch Masturbation, Untersuchungen seitens der Aerzte und Hebammen, durch Traumen bei Geburten, Sondierung, Pessare, Ausspülung, ev. durch Wäsche, Schwämme etc. Unter all diesen aetiologischen Momenten hat stets die Uebertragung durch Coitus eine grosse Rolle gespielt. Die Versuche von Jani und besonders von Gärtner haben gezeigt, dass im Sperma von nicht genitalkranken Männern mit Lungenphthise Tuberkelbazillen, wenn auch in spärlicher Zahl, vorkommen können. Zu ähnlichem Ergebnis kommen auch Versuche von Martin und anderen. Dieselben lehren, dass im Sperma bei Lungentuberkulose und natürlich auch bei Genitaltuberkulose des Mannes Bazillen vorhanden sind, dass aber bei der geringen Anzahl der Keime selten eine Infektion der Cohabitation anzunehmen ist. Amann äussert sich bei Besprechung dieses Infektionsmodus dahingehend, dass das Zusammenleben einer, wenn auch ganz gesunden Frau mit einem phthisischen Mann so vielerlei Infektionsmöglichkeiten schafft, dass es wohl viel näher liegt,

auch hier die häufigste Eingangspforte der Tuberkelbazillen in den Körper, nämlich die Respirationsorgane und die Aufspeicherung der Keime in den Bronchialdrüsen anzunehmen. Alterthum spricht sich im allgemeinen gegen eine Cohabitationsinfektion aus. Die sekundären Genitaltuberkulosen entstehen per contiguitatem und per continuitatem. Der gewöhnliche Infektionsweg ist folgender: die Bazillen dringen in oder durch die Schleimhaut des Respirations- oder Digestionstraktus ein und gelangen so in die Hals-, Bronchial-, Mediastinal-, Mesenterialdrüsen. Durch Arrosion eines Gefässes gelangen sie in die Blutbahnen, werden dann in die Genitalien verschleppt. Als beweisend für den haematogenen Weg hält Kleinhans den Befund sekundärer Genitaltuberkulose bei primärer Phthise, ohne dass dazwischenliegende Organe erkrankt sind. Auch die Uebertragung der Tuberkulose von Mutter auf Kind, wie sie Schmorl gesehen, ist nur durch haematogene Infektion zu erklären. Wie durch die Blutbahn, so kann auch durch Lymphbahnen die Tuberkulose weiter verbreitet werden. Die sekundären Erkrankungen entstehen ferner dadurch, dass der Prozess von Nachbarorganen (Darm, Peritoneum etc.) auf die Genitalien übergreift. Dass von einer Peritonealtuberkulose aus die Bazillen in die Tuben gelangen können, machen die Versuche Pinners wahrscheinlich. Ist die Tuberkulose im Genitale einmal etabliert, so kann sie entweder descendieren oder ascendieren, d. h. der Prozess kann per continuitatem von der Vulva zu den inneren Organen oder von der Tube abwärts weiterschreiten (Hegar). Die gewöhnlichere Form scheint die descendierende zu sein. Die Erkrankung beginnt in den Tuben und durch das abfliessende Sekret wird nachträglich die Uterusschleimhaut infiziert. Praedisponierend für die Lokalisation der Tuberkulose sind nach Hegar allgemeine Ernährungs- und Entwickelungsstörungen, wie sehr graciler Knochenbau, schwaches

Fettpolster, anaemische Zustände, schwere Chlorose. Hegar und A. W. Freund sahen relativ häufig bei mangelhafter Entwickelung der Genitalien, Entwicklungsfehlern, bei Aplasie, Hypoplasie, und ähnlichen dystrophischen Prozessen Genitaltuberkulosen auftreten. Interessant sind in dieser Beziehung die Mitteilungen Merlettis. Merletti (zitiert bei Amann) fand bei 500 Sektionen tuberkulöser Frauen 80 Fälle von Uterushypoplasien. In 24 von diesen 80 Fällen war Genitaltuberkulose vorhanden. Er glaubt, dass die Hypoplasie des Uterus zu Sekretstauung führen und so die tuberkulöse Infektion begünstigen könne; sie sei auch sonst eine Praedisposition für Entzündungen und befördere daher die sogen. praetuberkulöse Entzündung, die wiederum für tuberkulöse Infektion einen günstigen Boden schaffe. Hegar und Alterthum fanden bei 3 Fällen von Genitaltuberkulose Uterushypoplasie, infantilen Uterus, Andeutung von Uterus bicornis.

Einen besonders günstigen Boden für die Weiterentwicklung eingedrungener tuberkulöser Keime scheinen puerperale Zustände abzugeben und zwar vor allem für die Ansiedelung auf der Uterusschleimhaut. Rotikansky, Scanzoni, Geil, Mosler u. a. sahen die Krankheit sich unmittelbar an eine stattgehabte rechtzeitige oder vorzeitige Geburt entwickeln. Auch Hegar teilt 3 derartige Fälle mit. Nach Polano fand sich relativ häufig Arteriosclerose in dem tuberkulös erkrankten Uterus.

Vielfach hat man Entzündungen der Tuben, die gewissermassen den Boden für Tuberkulose vorbereiten, verantwortlich gemacht, sogen. praetuberkulöse Entzündungen (Amann), vor allem gonorrhöische. Williams und Sondmann fanden in der Tube gleichzeitig Tuberkelbazillen und Gonococcen. Auch Hegar, Schuchardt u. a. sahen Tuberkulose der Genitalien nach vorausgegangener gonorrhöischer bezw. luetischer Infektion.

In einem Fall von Zweifel bestand neben tuberkulöser Peritonitis ein gonorrhöische Pyosalpinx. Auch Amann beobachtete Fälle, die die Annahme einer gewissen disponierenden Eigenschaft der Gonorrhoe für tuberkulöse Infektion nahelegen.

Die Diagnose der Genitaltuberkulose ist, wie von allen Autoren anerkannt wird, in den meisten Fällen äusserst schwierig, ja oft sogar ganz unmöglich. Die anatomische Diagnose gründet sich auf den Nachweis von Tbc.-Bazillen. v. Rosthorn sagt: Nur das mikroskopische Bild curettierter Gewebsmassen und der Nachweis von Tuberkelbazillen in abfliessenden Sekreten oder der positive Erfolg der mit letzteren vorgenommenen Tierexperimente können die Diagnose sichern. Anderseits beweist der negative Erfolg bei der Untersuchung auf Tuberkelbazillen noch nichts gegen Tuberkulose, da die Erfahrung gelehrt hat, dass dieselben sehr oft fehlen können. Der Mangel an Tuberkelbazillen lässt sich, wie Veit meint, zum Teil durch die Schwierigkeiten der Technik erklären. Alterthum u. a. schliessen aus dem Fehlen der Bazillen auf Heilungsprozesse im Tuberkel. Er versucht seine Ansicht damit zu beweisen, dass Tuberkelknötchen ohne Bazillen in Fällen von geheilter Poritanealtuberkulose gefunden werden. Anamnese und Allgemeinbefund vermögen bisweilen wichtige Aufschlüsse zu geben. Frühere Erkrankungen der Patientin an Skrophulose, Lungen-, Drüsen-, Knochen- oder Darmtuberkulose, Phthise der Eltern, bez. der Kinder, ferner Reste überstandener Tuberkulose, wie pleuritische Schwarten, Hornhauttrübungen, Narben von Knochen oder Drüsenerkrankungen, allgemeine Ernährungsstörungen, phthisischer Habitus, schwaches Fettpolster, Chlorose etc. sind bei Erkrankung des Genitals zu beachten. Ist ein anderes Organ des Körpers tuberkulös erkrankt, so wird häufig auch das Genitalleiden tuberkulösen Ursprungs sein.

v. Rosthorn sagt: Mit grösster Wahrscheinlichkeit kann Tuberkulose angenommen werden, wenn bei einem phthisisch veranlagten, hereditär belasteten oder ausgesprochen tuberkulösen Individuum, bei dem sich charakteristische Merkmale (Residuen von überstandenen tuberkulösen Prozessen, verdächtige Lungenaffektionen, Hornhauttrübungen, Knochen- oder Drüsennarben) vorfinden, Ascites auftritt und sich gleichzeitig tastbare Veränderungen an den Adnexen, speziell Verdickung der Tuben, Vergrösserung des Uterus, stärkere Sekretion, ev. käsigen Charakters aus dem letzteren, ulceröse Prozesse an der Portio und Cervicalschleimhaut oder an der Vulva nachweisen lassen. Ein frühzeitiges Auftreten grösserer Peritonealergüsse ist, wie Hegar hervorhob, bei Ausschluss anderer Ursachen für die Diagnose bedeutungsvoll. Die Symptome der Genitaltuberkulose sind äusserst variabel, sie sind nie charakteristisch für diese Erkrankung. Bezüglich der Menstruation sind die verschiedensten Störungen beschrieben worden. Vassmer meint, dass die Störung der Menstruation, Amenorrhoe, Metrorrhagien und Menorrhagien als Symptome der Uterustuberkulose aufzufassen seien. Walther fand in manchen Fällen Amenorrhoe, in anderen beträchtliche Blutungen oder blutig-schleimigen Ausfluss, die Erscheinungen hochgradiger katarrhalischer Entzündung. Martin sagt: Wenn bei vorgeschrittenen Stadien der Lungenphthise allerdings Amenorrhoe überwiegt, kommt es bei der tuberkulösen Erkrankung im Genitalapparat selbst anfänglich oft zu einem auffallend wenig gestörten Verlauf der Menses. Es sind nach seiner Meinung die Menorrhagien häufig Folgezustände der Entzündungsprozesse, besonders in den Adnexen, während Schrumpfzustände z. B. nach Ablauf von Entzündungen mit Amenorrhoe einhergehen. Aehnlich äussert sich v. Rosthorn. Dass selbst ausgebreitete beiderseitige Tubentuberkulose keinen Einfluss auf die Men-

struation haben kann, geben Orthmann und Williams an. Auch Martin findet, dass oft jede Störung im Verlauf der Menses fehlt.

Wie die Menstruation bietet auch die Sekretion der Genitalien kein charakteristisches Bild. Martin sagt: Die Qualität und Quantität der Sekretion kann nicht als ein pathognomonisches Zeichen der Uterustuberkulose gelten. Nur wenn etwa mit einer reichlichen Absonderung gelegentlich auch käsige Bröckel ausgestossen werden, muss allerdings der Verdacht auf Schleimhauttuberkulose der Uterushöhle wohl begründet erscheinen. Die Absonderung allein genügt aber nicht, auch hier sind Bazillen zur Sicherung der Diagnose nachzuweisen.

Auch den Klagen der Patientinnen kann kein Wert beigemessen werden. Bisweilen bestehen Kopfschmerzen, Mattigkeit, stechende, ziehende Schmerzen im Unterleib, dumpfer Schmerz zur Seite des Uterus nach dem Rücken und Oberschenkeln ausstrahlend, Magenschmerzen. In manchen Fällen machen die stärksten tuberkulösen Veränderungen gar keine Beschwerden. Martin fand in einer Reihe von Fällen ein Freisein von Schmerzen, eine gewisse Euphorie charakteristisch hervortreten. Ein häufiger vorkommendes Symptom scheint die Sterilität zu sein. Ahlefelder führt die Krankengeschichten von 9 verheirateten Frauen an, die an Genitaltuberkulose litten. Bei 4 davon bestand Sterilität, von den übrigen 5 hatten 4 vor 6—23 Jahren geboren, 1 erst vor 2 Monaten. Martin fand bei 12 Fällen von 24 Sterilität, „bei anderen trat die sterilisierende Wirkung der Krankheit noch evidenter hervor, wenn man bedenkt, dass die Frauen längere oder kürzere Zeit vor der Erkrankung eine Reihe kurz aufeinander folgender Geburten durchgemacht haben.“ Nur in 1 Fall sah Martin Schwangerschaft nach Ausbruch der Genitaltuberkulose ein-

treten. Er betrachtet daher die Sterilität bei den Anzeichen eines Genitalleidens bei Frauen, mögen sie hereditär belastet sein oder nicht, als einen wichtigen Hinweis auf die Eventualität einer Genitaltuberkulose.

Die objektive Untersuchung ergibt nur in den wenigsten Fällen eine sichere Diagnose. Bei den Veränderungen an den sichtbaren Teilen des Genitalapparates, wie an Vulva, Vagina und Porto kann bisweilen durch den blossen Augenschein die Tuberkulose diagnosticiert werden. So fand Horcas am Introitus ein linsengrosses Geschwür, an dessen Rand graue, gelbliche Knoten sassen, die rasch zerfielen. Häufig ist eine Unterscheidung mit Tumoren, besonders mit Carcinom nur nach mikroskopischer Untersuchung eines excidierten Teils des Geschwürs bez. Tumors möglich. Hegars Verdienst ist es, auf die Wichtigkeit der Probeexcision und besonders des Probecurettements bei diagnostisch zweifelhaften Fällen hingewiesen zu haben. Walther, Vassmer u. a. erwähnen Fälle, bei denen die Symptome absolut nicht auf Tuberkulose verdächtig waren, und deren Diagnose durch Probecurettement sicher gestellt wurde.

Wie schwierig selbst die Diagnose der Tuberkulose der Vulva und Vagina sein kann, beweisen mehrere Fälle der Literatur. Paverlin veröffentlicht einen Fall, bei dem die Diagnose anfangs auf Sarcoma labii majoris et minoris dextri gestellt wurde, erst die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass Tuberkulose zu Grunde lag. Zweifel beobachtete ein flaches Geschwür im linken Scheidengewölbe, dass anfangs für ein Cancroid gehalten wurde. Die Portio- und Cervixtuberkulose gibt ebenfalls häufig Veranlassung zur Verwechselung mit Carcinom und anderen Neubildungen. Alterthum, Kaufmann, Späth u. a. beobachteten derartige Erkrankungen. Die Aehnlichkeit mit Carcinom ist besonders gross bei den

Fällen von papillarer Cerviatuberkulose (Emanuel, Glockner, Kaufmann).

Bei Tuberkulose der inneren Genitalorgane ergibt die kombinierte Untersuchung meist nicht mehr als einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit. Die zuerst von Hegar als für tuberkulöse Erkrankung der Tuben charakteristischen Veränderungen der Tuben, Anschwellungen im medialen und interstitiellen Teil haben ihre Bedeutung verloren, nachdem man dieselben bei allen anderen entzündlichen Prozessen der Tuben vorgefunden hat.

Alterthum sagt: Tuberkulös veränderte Tuben zeigen all die verschiedenen Formen, die wir auch sonst bei Entzündungen finden, die Gestalt einer Keule, einer Retorte oder eines Rosenkranzes. Keine dieser Formen ist für Tuberkulose charakteristisch, wenn auch die Rosenkranzform überwiegend häufig vorkommt. Kehrer ist geneigt die Salpingitis isthmica nodosa für gonorrhoisch, die Salpingitis intramuralis — Knötchen auch in den Uterushörnern fühlbar — für tuberkulös anzusehen. Auf rosenkranzförmige Knötchen in und auf dem Lig. rectouterinum legen Hegar und sein Schüler grossen Wert. Auch der Befund von Knötchen auf dem Peritonealüberzug, besonders die von Hegar, Alterthum beschriebenen Knötchen im Douglas, die sich namentlich vom Mastdarm aus fühlen lassen, ist für die Diagnose verwertbar. Hierzu sagt Hegar: Sitzen die Knötchen auf dem Bauchfell, so können Metastasen von Sarkom, Carcinom, papillären Eierstockskystom zur Täuschung führen; ganz kleine Fibrome oder entzündliche Verdickungen der Serosa kommen auch vor, diese sind jedoch meist in geringer Zahl vorhanden. Kleine harte Knötchen in grösserer Anzahl sind fast sicher als tuberkulös zu denken. Im allgemeinen wird in vorgeschrittenen Fällen die erkrankte Tube infolge ihrer vielfachen Schlängelungen und massenhaften

Verwachsungen mit sich selbst und den Nachbarorganen als ein nur wenig differenzierbares Ganzes erscheinen, in früheren Stadien werden hingegen tastbare Veränderungen gewöhnlich nur wenig ausgeprägt sein (Ahlefelder). Dass nicht in allen Fällen von tuberkulöser Salpingitis derartige Knoten vorkommen, beweisen u. a. die Befunde von Polano und Ahlefelder. Beide konnten in keinem ihrer Fälle die Knötchen nachweisen.

Eine spezielle Diagnose der Tuberkulose der Ovarien ist nach Hofmeier kaum möglich; höchstens könnte durch den Nachweis anderer tuberkulöser Erkrankungen der Verdacht in dieser Beziehung erregt werden.

Die Prognose der Genitaltuberkulose ist nach Ansicht sämtlicher Autoren eine sehr ernste, wenn auch nicht unbedingt ungünstige. Sie wird wesentlich davon beeinflusst, ob und wie weit der Prozess in anderen Organen entwickelt ist. Die primäre und isolierte Genitaltuberkulose bietet eine relativ günstige Prognose solange es möglich ist, den tuberkulösen Herd völlig aus dem Organismus zu entfernen (Martin). Seit den Arbeiten aus der Hegarschen Klinik (Hegar und Alterthum) weiss man, dass eine spontane Heilung möglich ist, ebenso wie eine spontane Ausheilung lokaler Tuberkulose und Lungentuberkulose; Veit beobachtete 2 ähnliche Fälle. In dem einen fanden sich bei der Laparatomie, die wegen Zunahme der Schmerzen und Grösserwerdens des Tubentumors vorgenommen wurde, auf dem Peritoneum überall Knötchen, die meist verkalkt waren, nur in ganz wenigen noch Bazillen, kein Ascites; die Tube war verschlossen, nichts mehr von Tuberkulose in ihr. Williams behauptet, dass es keine Heilung der Tuberkulose gebe, nur einen Stillstand. Sippel meint, dass intercurrierende Krankheiten den Prozess wieder anfachen könnten. Nach Hofmeier ist die Prognose der tuberkulösen Salpingitis höchst

zweifelhaft, schon wegen der Möglichkeit anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen. Doch könne auch hier spontane Heilung eintreten, und bei rechtzeitiger Operation sei die Heilung nicht schlecht. Bei Schwangerschaft wird nach Vassmer die Prognose schlechter, einmal weil in der Schwangerschaft der Prozess rasch weiter schreitet, dann weil es zur Ruptur des tuberkulösen Uterus kommen könne (Fall von Casper). Martin sagt: Im allgemeinen müssen wir in Bezug auf Dauerheilung uns sehr vorsichtig aussprechen, da wir bis jetzt die Beurteilung auch anscheinend ausgeheilter Herde doch nur unvollkommen zu übersehen imstande sind.

Die Behandlung der Genitaltuberkulose richtet sich im wesentlichen nach dem Allgemeinbefund neben dem Genitalzustand. Sie deckt sich in vielen Punkten mit derjenigen, welche gegen Tuberkulose der Lungen empfohlen wird. Dies gilt besonders für die Prophylaxe.

Hegars Ansicht, dass Ehen schwindsüchtiger Personen, wenn nicht durch das Gesetz, doch durch die bessere Einsicht und Sitte verhindert oder wenigstens beschränkt werden müssten, verdient eine grössere Beachtung. Die Prophylaxe muss, wie Amann sagt, besonders darauf gerichtet sein, die Infektionsgefahr möglichst einzuschränken, ferner die Widerstandskraft des Organismus so zu heben, dass eine möglichst vollkommene Rückbildung, Verkalkung resp. Ausheilung der latenten, aber noch aktiven Drüsenherde zu Stande kommt. Bei Kindern kommen hauptsächlich allgemeine hygienische Momente in Betracht, wie Aufenthalt im Freien, Hautpflege, Muskelübungen, reizlose Kost, Ueberwachung accidenteller Krankheiten, Bronchitiden, Darmkartarrhe. Schädigende Momente, die das Auftreten von Genitaltuberkulose befördern, wie gonorrhoische und luctische Infektion, puerperale Zustände sind zu überwachen.

Veit u. a. fordern Aufnahme von Genitaltuberkulosen in

Schwindsuchtssanatorien. Er meint, der Erfolg sei zum Teil der gesunden Lage, frischen Luft u. s. w., vor allem aber der persönlichen Hygiene, die den Kranken gelehrt werde, zuzuschreiben. Die Patientinnen müssten sich an die Ausdehnung hygienischer Grundsätze, der Sauberkeit u. s. w. auch auf die Sexualorgane gewöhnen. Seiner Ansicht nach ist die Aufnahme der an Genitaltuberkulose bei gleichzeitiger Lungentuberkulose doppelt geboten, aber die Genitaltuberkulose sei an sich schon hinreichend, die Aufnahme zu verlangen.

Bezüglich der operativen Therapie äusserte sich Hegar 1886: Die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Tuben und Ovarien, sowie selbst des Uterus ist bei isolierter Erkrankung dieser Organe angezeigt, sobald keine entschiedene Neigung zum Stillstand und zur Obsolescenz besteht. Alterthum empfiehlt bei frischen Fällen isolierter Genitaltuberkulose zunächst einige Zeit abzuwarten und erst zu operieren, wenn bei entsprechender Behandlung keine Besserung eingetreten ist. Dagegen soll man bei alten, indolenten Formen im allgemeinen von der Operation absehen. Dass man nur bei isolierter Genitaltuberkulose operativ eingreifen soll, betonen auch Polano, Veit u. a.

Walther meint, dass bei Mitbeteiligung der Tuben eine Spontanheilung aussichtslos sei und rät daher zur Radikaloperation. Sippel sagt: Die tuberkulösen Tuben müssen wohl immer entfernt werden, da sie meist Beschwerden machen, Veranlassung zu tuberkulösen Peritonitis geben und wohl nie spontan ausheilen. Dagegen meint Stolper, dass auch Tubentuberkulose spontan ausheilen kann, und es deshalb nicht notwendig sei, sofort operativ einzugreifen, sondern zunächst zu versuchen, die Rückbildung des Prozesses durch allgemeine Massnahmen herbeizuführen.

Bei sekundärem, nicht isoliertem Leiden hält Hegar

operatives Verfahren dann für indiziert, wenn die Veränderungen anderer Organe keine nachteiligen Folgen verursachen, im Stillstand oder selbst in Heilung begriffen sind, oder sich für eine andere Therapie eignen. Polano meint, dass man bei Lungenkranken mit Genitaltuberkulose am besten von der Operation absehe, wenn nicht die Beschwerden so hochgradig sind, dass sie zur Operation drängen. Auch Alterthum sieht in gleichzeitiger Erkrankung schwererer Art in anderen Organen Kontraindikation gegen operative Therapie. Veit empfiehlt bei nicht isolierter Genitaltuberkulose vor allem Allgemeinbehandlung, Entfernung aus der Umgebung usw. Jedoch kann nach seiner Ansicht ausnahmsweise die Entfernung der erkrankten Teile von Nutzen sein. Gegenanzeichen bestehen hauptsächlich in weit fortgeschrittener Erkrankung anderer Organe, neben der die Veränderungen in den Genitalien nur eine Nebenrolle spielen (Hegar).

Was die Technik anbetrifft, so wird fast allgemein die Exstirpation der Genitalien per laparatomiam empfohlen, da man nur bei dieser die Adhäsionen unter Leitung des Auges lösen, die Tubensäcke ganz und ungeplatzt exstirpieren, und ebenso noch andere etwa vorhandene Herde (Mesenterialdrüsen) mit entfernen kann (Alterthum). Ob der Uterus mit exstirpiert werden muss, richtet sich nach der Ausdehnung der Erkrankung. Veit meint, man müsse, wenn überhaupt, dann radikal operieren, hauptsächlich weil nach Laparatomie ohne so radikales Vorgehen nicht selten langdauernde Fisteln zurückbleiben, die oft erst heilen, nachdem man nachträglich den Uterus exstirpiert hat. Auch v. Rosthorn hält radikale Operation bei tuberkulöser Erkrankung der Adnexe für geboten. Krönig rät, bei jugendlichen Individuen den operativen Eingriff möglichst hinauszuschieben; verschlechtert sich aber trotz der Allgemeinbehandlung der örtliche Befund ständig und

ist die Operation indiziert, so soll diese möglichst nur in der Exstirpation der Tubensäcke bestehen. Bei Frauen im mittleren Alter ist dagegen, falls operativ eingegriffen werden muss, möglichst radikal zu verfahren.

Bei Uterustuberkulose kann unter Umständen lokale Behandlung erfolgreich sein. Walther meint: Bei der Uterustuberkulose müssen wir mit der Totalexstirpation noch etwas zurückhaltend sein, da öfters die Ausschabung mit nachfolgender Jodoformbehandlung Besserung oder gar Heilung bringt. Auch Hegar hat exakte Ausschabung und Cauterisation mit Jodoformbehandlung empfohlen, dem sich auch Williams, Sippel u. a. anschliessen. Veit sagt: Die örtliche Behandlung des erkrankten Endometrium, die Einspritzung von Jodoformemulsion in vaginal eröffnete Eiterherde oder Pyosalpinxsäcke ist von grossem Wert. Nach Krönig ist wenn bei Uterustuberkulose überhaupt zur Operation geschritten wird, gleich die Entfernung des erkrankten Organs vorzunehmen. Auch sollen stets die Tuben mit exstirpiert werden, weil sie die Lieblingssitze der Tuberkulose sind, sodass bei Zurücklassung derselben die Befürchtung naheliegt, dass sie noch nachträglich infiziert werden. Bei tuberkulösen Geschwüren der Vulva und Vagina ist nach Hartz, v. Rosthorn u. a. die Ausschneidung oder Auskratzung der tuberkulösen Herde mit nachfolgender Cauterisation die beste Therapie. Krönig empfiehlt, da die Tuberkulose der Vulva und Vagina meist sekundär auftritt, möglichst palliative Therapie, nur bei stärkeren örtlichen Beschwerden die Eczision, bezw. Auskratzung und Verschorfung.

Im Anschluss hieran teile ich die Krankengeschichten von 25 Patientinnen mit, die wegen Genitaltuberkulose in der Leipziger Universitäts-Frauen-Klinik behandelt wurden.

I. B., Wilhelmine, 34 J. aus L.-Volkmarsdorf. Aufgen. 17. VI. 89.

Anamnese: Mutter an Phthise gestorben; Menstruation mit 19 Jahren, immer regelmässig. 5 normale Entbindungen, letzte vor 2 Jahren. Im letzten Puerperium Pleuritis. Seit mehreren Wochen Leibschmerzen, seit 4 Wochen sind die Bewegungen des rechten Beines schmerzhaft.

Status praesens: Magere anämische Frau. Herz und Lungen o. B. Hinten links von der Cervix ein praller, hühnereigrosser Tumor, rechts ein kleiner. Tuben verdickt. Uterus o. B.

Diagnose: Abscessus ovarii sin.? Pyosalpinx duplex, Perioophoritis.

Vorzuschlagende Therapie: Operation.

Laparatomie am 27. VI. 89. Peritoneum mit zahlreichen Tuberkelknötchen besetzt. Kein Ascites, wenig Verwachsungen. Die beiden fühlbaren Tumoren gehören den Tuben und Ovarien an, sind tuberkulösen Ursprungs. Der Douglas'sche Raum wird mit Jodoform ausgetupft. Es wird nichts entfernt; Wunde geschlossen.

Anat. Diagn.: Tuberkulosis peritonei, tubarum et ovariorum.

Verlauf: Beschwerden werden geringer. Glatter Heilverlauf. Am 18. VII. sind keine Beschwerden mehr vorhanden. Links hinter dem Uterus ist noch eine Resistenz zu fühlen, dieselbe ist kleiner als früher. Pat. wird entlassen.

Nachricht: Frau B. ist am 19. IX. 89 ($2^1/_2$ Monate p. oper.) an allgemeiner Tuberkulose gestorben.

II. G. Marie, Dienstmagd 21 J. aus Trünsig. Aufgen. 25. X. 90.

Anamnese: Vater an Phthise gestorben. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig, mässig. Kein Partus, kein Abort. Seit ca. $^3/_4$ Jahr schwoll der Leib an, seit $^1/_4$ Jahr Leib- und Kreuzschmerzen; bisweilen Frösteln. Mattigkeit, Druck auf Blase, häufiger Harndrang, Stuhlgang regelmässig.

Status praesens: Kräftige, gut genährte Patientin. Lungen und Herz o. B. Leib stark aufgetrieben, rechts tympanitischer Schall, links Dämpfung. Freier Ascitis nicht nachweisbar. Linke Tube verdickt, druckempfindlich, linkes Ovarium hühnereigross, beweglich; im übrigen Genitalien o. B.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Vorzuschlagende Therapie: Operation.

Vom 29. XI. 90—6. I. 91 wurden 17 Injektionen von Tuberkulin gemacht, anfangs 0,001. Nach den ersten Injektionen Fieber bis 40°, Schmerzen heftiger, allmählich Abnahme der Beschwerden, aber stets Fieber von $38{,}5_0$– $39{,}4_0$. Vom 6. I. 91 an werden die Injektionen unterlassen, da dieselben schlecht bekommen. Grosse Mattigkeit, heftige Leibschmerzen.

Am 17. I. 91 Laparatomie. Peritoneum überall mit Knötchen bedeckt, ca. $1^1/_2$ l. rötlich-gelber Flüssigkeit wird entleert. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Verlauf: Operationswunde heilt reaktionslos. Die ersten Tage post operat. geringe abendliche Temperatursteigerungen, später kein Fieber. Keine neue Ansammlung von Ascites, Pat. wird am 5. III. ohne namhafte subjektive Beschwerden entlassen.

Nachricht: 14. III. 04. G. ist wieder „ganz gesund", kann jede Arbeit verrichten.

III. M. Auguste, Handarbeitersfrau 23 J. aus L.-Lindenau. Aufgen. 6. IV. 91.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Als Kind stets gesund. Menstr. mit 15 J., 4wöchentlich, 6tägig ohne Beschwerden. 1 Fehlgeburt im 4. Monat vor 5 Monaten. Seit der Fehlgeburt Unterleibsschmerzen.

Status praesens: Grosse, schlanke, mässig genährte Pat.; Herz, Lungen und Abdomen o. B., Uterus in Retroversionstellung fixiert, rechts neben demselben ein apfelgrosser, kugeliger Tumor, links ein aus Tube und Ovarium bestehender Tumor, der sich wie ein Horn nach vorn zieht. Rechtes Ovarium nicht isoliert zu tasten. Harn o. B.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberk. duplex, Retroversio uteri fixata.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Laparatomie am 19. IV. 91; Parietales Peritoneum in grösserer Ausdehnung mit dem Netz locker verwachsen, nach Lösung der Adhaesionen ergiesst sich Ascites (2—3 l) aus der Bauchhöhle; Peritoneum parietale und viscerale mit verschieden grossen Knötchen übersät. Uterus und Adnexe überall verwachsen. Tuben verdickt, in tuberkulöse Pyosalpinx verwandelt. Wegen der Verwachsungen verbleiben Genitalorgane in der Bauchhöhle. Betupfen des Bauchfells mit Jodoform; Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa duplex, Retroversio uteri fixata.

Verlauf: Heilung der Laparatomiewunde per prim. Einige Tage nach der Operation Fieber, dann fieberfrei. Keine Schmerzen, keine Druckempfindlichkeit des Abdomen, keine neue Flüssigkeitsansammlung, sehr gutes Allgemeinbefinden. Entlassung am 5. V. 91.

Nachrichten: 22. IX. 93. Anfangs nach der Operation Kreuzschmerzen, die jetzt vollkommen verschwunden sind, keine Leibschmerzen, kein Ascites. Narbe o. B. Jetzt Brennen beim

Urinieren, Pruritus vulvae. 8 Monate p. oper. setzten die Menses wieder ein. Pat. sieht gut aus, kann mit Leibbinde jede Arbeit verrichten. Uterus retrovertiert, fixiert. Gewichtszunahme 22 Pfd.

14. X. 94. Keine Unterleibsbeschwerden, Pruritus vulvae und Harnbeschwerden nicht mehr vorhanden. Voll arbeitsfähig.

28. VI. 96. Seit 14 Tagen Brustschmerzen, Schmerzen beim Sitzen, Harnbeschwerden. Corpus uteri sehr empfindlich. Voll arbeitsfähig.

23. VIII. 1900. Blühendes Aussehen, keinerlei Beschwerden, voll arbeitsfähig. Gewicht 63 kg.

2. IX. 03. Seit 1 Jahr Rheumatismus. Seitens des Unterleibsleidens keine Beschwerden.

IV. St., Luise, Kassierersfrau, 30 J. aus Amerika b. Penig. Aufgen. 16. VII. 91.

Anamnese: 2 Geschwister an Phthise gestorben. Menstruation mit 15 J; regelmässig, 4 wöchentlich, 4—5 tägig mit Kreuzschmerzen. Seit 10 Jahren verheiratet, 6 Entbindungen, letzte vor 3 Jahren (Forceps). Vor 11 Wochen Pleuritis sicca, dabei auch sehr starker Leib, der nach 8 Tagen wesentlich zurückging. Wegen innerer Geschwulst in die Klinik geschickt. Augenblicklich keine Beschwerden in letzterer Zeit geringe Abmagerung.

Status praesens: Kleine, schwächliche, anaemische Frau. Ueber beiden Lungenspitzen verschärftes Atmen, keine Geräusche, keine Dämpfung. Herz o. B. Im Abdomen anscheinend eine Resistenz, kein Ascites nachweisbar. Uterus o. B., rechts von ihm ein deutlich abgrenzbarer, etwas beweglicher, mannskopfgrosser Tumor, links ein apfelgrosser, knolliger, dabei fast unbeweglicher Tumor. Harn o. B.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa Pseudotumoren, Pyosalpinx bilat. tuberc.

Vorgeschlagene Therapie: Operation. Laparatomie am 24. VII. 91. Das morsche Netz in ganzer Ausdehnung mit der Bauchwand verwachsen. Geringer Ascites, das ganze Peritoneum mit sehr kleinen Knötchen dicht besetzt. Austupfen der Bauchhöhle, Einpudern mit Jodoform, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa bilateralis.

Verlauf: Ganz geringe Beschwerden, kleine Bauchdeckeneiterung, die bald heilt. Am 19. VIII. 91 sind die Tuben weniger verdickt, noch verwachsen. Leib wieder stärker, ohne dass Ascites deutlich nachweisbar wäre. Wohlbefinden. Entlassung am 19. VIII. 91. Wiederaufnahme am 10. XI.—12. XI. Untersuchung in Narkose zeigt weiteren Fortschritt der Besserung. Klagen über Mattigkeit und Stuhlverstopfung.

Nachrichten: Ab und zu Kreuzschmerzen, Stechen im Leib, kein Husten. R. h. ob. Schallverkürzung, verschärftes Exspirium knackende Geräusche. Bauchnarbe hat noch längere Zeit geeitert, 2 kleine Fascienlücken. Kein Ascites, Menses regelmässig, 3 wöchentlich, 7 tägig mit Schmerzen im Rücken und Leib. Das erste Jahr p. op. nicht arbeitsfähig, jetzt kann Pat. jede Arbeit verrichten. Körpergew. 52 kg.

16. VIII. 1900. Befinden bisher leidlich, viel Kopf- und Rückenschmerzen, zuweilen Schmerzen beim Wasserlassen; von Seiten der Narbe keine Beschwerden. Weihnachten 1899 plötzlich grosser Blutverlust (Abort?) darnach längere Zeit grosse Schwäche, jetzt wieder leidlich kräftig, sodass Pat. häusliche Arbeit verrichten kann. Körpergew. 62 kg.

11. VIII. 03. Seit $^1/_4$ Jahr wegen Lungenerkrankung bettlägerig, viel Husten und Auswurf, Herzschwäche, von Zeit zu Zeit Lungenbluten. Seit Pat. das Bett hütet, sistiert Menstr.

Pat. schwach, stark abgemagert. Von Seiten des Unterleibsleidens keine wesentlichen subjektiven Beschwerden.

V. L. Clara, Arbeiterfrau. 21 Jahre aus Ruttloff b. Chemnitz. Aufgen. 24. XI. 91.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern, Scharlach, Blattern. Menstr. mit 16 Jahren, 4wöchentlich, 8 tägig von wechselnder Stärke. 2 normale Entbindungen, letzte vor $^1/_2$ Jahr. Beide Kinder starben in den ersten Lebenswochen an Schwäche. Nach der letzten Entbindung blieb der Wochenfluss 8 Wochen lang blutig (Pat. stillte). Vor 6 Wochen zum ersten Male wieder regelmässige Menses: $^1/_4$ Jahr nach letzter Entbindung Stärkerwerden des Leibes, Schmerzen in der Magengegend. Mitte September plötzlich 4 mal Blutbrechen. Von nun an erhebliche Zunahme des Leibesumfangs, heftige Leibschmerzen, Harnmenge vermindert, Oedem der unteren Extremitäten.

Status praesens: Kleine, abgemagerte Frau, die sich nur mit Mühe auf den Beinen halten kann. Herz nach rechts verbreitert, 2. Pulmonalton deutlich accentuiert. Ueber der rechten Spitze spärliches Pfeifen, nirgends Dämpfung. Leib sehr stark aufgetrieben, grösster Umfang 99 cm; mässige Spannung der Bauchdecken. deutliche Undulation. Inguinaldrüsen stark geschwollen. Vorderes Scheidengewölbe stark herabgedrängt, hinter dem Uterus ein derber, knolliger Tumor. Tuben und Ovarien nicht deutlich abtastbar. Harnmenge vermindert, im Harn Blut.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Laparatomia probatoria am 28. XI. 91.

Verlauf: 27. XI. Puls 110, Temp. 37,9°. Sehr heftige Leibschmerzen, starke Atemnot, Stauungskatarrh des Magens,

Erbrechen jeglicher Nahrung. Daher Probelaparatomie am 28. XI. Entleerung einer hellgelben, eiweissreichen Flüssigkeit. Netz bis hinter die Leber retrahiert, knollig verdickt, ebenso Knoten auf Magen, Leber und Mesenterium, Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Verlauf: 1. Tag p. oper. Temperaturabfall, vom 6. Tag p. oper. an wieder Fieber, andauerndes Erbrechen. 5. XII. Erbrechen 2 lebender Ascariden, heftige Schmerzen in der Magengegend. 12. XII. Exitus letalis (14 Tage p. operat.).

Sektion: (Herr Dr. Schmorl) Lungen o. B., eine verkäste Bronchialdrüse. Zwerchfell mit zahllosen grauweissen, linsengrossen Knötchen bedeckt. Hier und da auf Peritoneum parietale ebensolche Knötchen, dergleichen auf den unteren Dünndarmschlingen. Darmwand verdickt, zwischen Serosa und Muskularis einzelne, verkäste Knoten. Uterus und Adnexe in ein schwieliges Gewebe eingemauert. Tuben stark geschlängelt, verdickt. Das Perimetrium mit zahlreichen Knötchen bedeckt. Retroperitoneale Lymphdrüsen bis zu Taubeneigrösse angeschwollen.

Anatomische Diagnose: Tuberkulosis peritonei et tubarum.

VI. Kr., Wilhelmine, Dienstmädchen, 24 J., aus Ritzau. Aufgen. 17. XII. 91.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Als Kind Masern. Menstr. mit 15 J. anfangs unregelmässig, später regelmässig aller 3 Wochen, 4 tägig, ohne Beschwerden. 2 Entbindungen, letzte vor $1^1/_2$ J. Seit letzter Entbindung noch nicht wieder menstruiert. 10 Tage nach der 2. Entbindung trat 4 Wochen anhaltendes Fieber auf, Wochenfluss angeblich 8 Wochen lang blutig, jetzt gelblicher, übelriechender Ausfluss. Bei schwerer Arbeit Leibschmerzen. Stuhlverstopfung.

Status praesens: Kleine, mässig genährte Pat. Ueber der linken Lungenspitze feuchte Rasselgeräusche. Herz o. B. Leib mässig gespannt, in den unteren Partien, besonders rechts druckempfindlich. Portio nach rechts oben verlagert, sie hängt nach oben zu mit einem birnengrossen, rechts von der Mittellinie gelegenen, ziemlich derben, wenig beweglichen, empfindlichen Tumor zusammen.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Operation: Laparatomie am 27. I. 92.

Verlauf: Remittierendes Fieber; Bettruhe und Umschläge vermindern die Schmerzen nicht. Narkosenuntersuchung: Uterus dextrovertiert, mit einem faustgrossen, etwas beweglichen Tumor verwachsen.

Laparatomie: Kein Ascites, Netz mit Darm und vorderer Bauchwand locker verklebt. Darmserosa mit eben sichtbaren bis linsengrossen, grauweissen Knötchen bedeckt. Auf Uterus und im Douglas sind die Knötchen lebhaft gerötet. Uterus dextrovertiert, etwas vergrössert, mit der stark verdickten rechten Tube und mit einem Knäuel Darmschlingen verwachsen. Linke Tube ebenfalls geschlängelt und verdickt. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Salpingitis tuberc. bilat.

Verlauf: Fieber, Kopfschmerzen. Stichkanaleiterung; unteres Wunddrittel platzt wieder auf, eitert. Sekundärnaht des unteren Wunddrittels in Narkose. Ab und zu abends Fieber. Mit einer kleinen Granulationsstelle am 8. III. 92 entlassen. Am 19. IV. 92 stellt sich Pat. wieder vor. Allgemeinbefinden gut, noch etwas Schmerzen in der Unterbauchgegend. Tumor im Parametrium erscheint etwas beweglicher und weniger druckempfindlich. Kein nachweisbarer Ascites. Noch nicht wieder menstruiert. Leibumfang 81,5 cm.

29. III. 93. Gutes Aussehen, bei schwerer Arbeit geringe Schmerzen in der linken Seite. Wegen bedeutender Diastase der Bauchnarbe; Tragen einer Leibbinde nötig. Rechts neben dem Uterus nicht gut abgrenzbarer Tumor, der viel kleiner ist als früher. Menstr. o. B., während derselben Schwindel und Nachtschweisse. Volle Arbeitsfähigkeit. Bedeutende Gewichtszunahme.

Nachrichten: 18. II. 94. Menses unregelmässig, zuweilen Schmerzen im Kreuz, sonst Wohlbefinden. Pat. ist voll arbeitsfähig.

13. X. 95. Heftige Schmerzen vor der Menstr. in der linken Seite, öfters Harnbeschwerden. Uterus dextrovertiert, rechte Adnexe empfindlich, nicht isoliert zu tasten, links Parametrium o. B. Arbeitsfähig.

Seit 3. VII. 97 verheiratet. Nachricht nicht zu erhalten.

VII. Sch., Wilhelmine, 37 J., Bauerfrau aus Greiz. Aufgen. 24. IX. 92.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Als Kind Masern und Scharlach. Vor 10 Jahren Bauchwassersucht. Menstruation mit 14 J., vierwöchentlich, dreitägig, regelmässig, schwach, mit Kreuzschmerzen, letzte vor 14 Tagen. 3 normale Entbindungen, letzte vor 15 Jahren. Seit 6 Monaten Anwachsen des Leibes und Kreuzschmerzen, Harn- und Stuhlbeschwerden. Vor 6 Wochen Punktion, Entleeren von $1^1/_2$ l hellgelber Flüssigkeit. Appetitlosigkeit, starke Abmagerung.

Status praesens: Grosse, abgemagerte Frau. Herz nach rechts vergrössert. Töne rein. Lungen o. B. Leib stark vorgetrieben, Bauchdecken gespannt; Inguinaldrüsen hart, geschwollen. Neben einer grösseren Cyste scheint freier Ascites vorhanden zu sein. Uterus in Beweglichkeit beschränkt, sonst o. B. Tuben und Ovarien ohne Narkose nicht zu fühlen. Mässiger Fluor. Temperatur 38,8°.

Diagnose: Kystoma ovarii.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Probelaparatomie am 7. X 92. Peritoneum schwartenartig verdickt. Abgesackter Ascites. Wand der Asciteshöhle uneben, grau, trübe. Darmschlingen unter einander und mit Peritoneum parietale verwachsen. Drainage nach der Scheide, Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Durch die Drainage entleert sich reichlich seröse Flüssigkeit. Temperatursteigerung bis 39,5°. Täglich Ausspülung mit Lysollösung. Puls frequent, klein. Zunahme der Schwäche. Ausfluss wird übelriechend, jauchig. Ikterus. Am 27. X. 92. (20 Tage p. oper.) exitus letalis.

Sektionsbefund: Serosa mit schmierig missfarbenen Massen bedeckt, zahlreiche kleine Knötchen, einzelne grössere Knoten von derber Consistenz mit weichem Zentrum. Tuben verdickt, geschlängelt, abdominales Ende aufgetrieben, verschlossen, mit käsigem Inhalt angefüllt. Tubenschleimhaut in toto verkäst. Ovarien atrophisch. Im Beckenbauchfell zahlreiche Knötchen.

Anatomische Diagnose: Jauchige tuberkulöse Peritonitis, Tuberkulose der Lungen, Tuben, sowie der retroperitonealen und mediastinalen Lymphdrüsen.

VIII. H. Anna, Dienstmädchen 20 J. aus L.-Thonberg. Aufgen. 27. IV. 93.

Anamnese: Vater an Phthise gestorben. Menstruation mit 15 J. regelmässig, vierwöchentlich, dreitägig. Keine Entbindung. Schmerzen im Leib, besonders auf der rechten Seite, Obstipation, kein Ausfluss.

Status praesens: Schwächliche Pat., Herz und Lungen o.B. Im Leib ein harter Tumor. In Narkose fühlt man rechts hinter dem Uterus, der normal gross ist, einen mannsfaustgrossen, prallelastischen Tumor, kaum beweglich, ihm aufsitzend ein kleiner

derber Körper, der als rechtes Ovarium gedeutet wird. Links vorn vom Uterus ein zweiter harter, unbeweglicher Tumor (für subseröses Myom gehalten). Linkes Ovarium kaum vergrössert, gut beweglich.

Diagnose: Myoma uteri subserosum (?) Kystoma ovarii dextri (?).

Therapie: Operation.

Salpingoophorectom. bilater. Exstirpation eines käsigen Herdes aus der Uteruswand am 10. V. 93.

Therapie: Laparatomie, Peritoneum dicht mit kleinen Knötchen besetzt, das parietale Blatt glatt, glänzend, kein Ascites. Im kleinen Becken ein nierenförmiger Tumor, an einigen Stellen mit Darm verwachsen, strausseneigross, sitzt mit Stiel am rechten Uterushorn, bedeutet die veränderte Tube, die das rechte, vergrösserte Ovarium umgibt. Linkes Ovarium gänseeigross, linke Tube verdickt, fingerstark. Die Adnexe werden exstirpiert. Das vermeintliche Myom ist ein käsiger Herd in der Uteruswand, Entfernung desselben. Schluss der Bauchwunde.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx tuberkulosa dextra, Salpingitis tuberkulosa sinistra, Tuberkulosis peritonei et uteri.

Verlauf: Heilung der Wunde per primam. Befinden bessert sich, am 31. V. wird Pat. geheilt entlassen.

Nachricht: 20. VIII. 03. H. ist seit 1899 verheiratet, jetzige Adresse nicht zu ermitteln.

IX. G., Amalie, 36 J. Arbeitersfrau aus Schkeuditz. Aufgen. am 27. XI. 93.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Am linken Bein eine Narbe von einer tuberkulösen Knochenerkrankung im 9 J. herrührend. Menstruation mit 17 J., regelmässig aller 4 Wochen, schwach bis zur letzten Entbindung

vor 6 Jahren. Seitdem sehr stark, achttägig mit Schmerzen. In dem letzten Wochenbett Fieber. Am 7. XI. 93. Erkältung 8 Tage lang bettlägerig. Anfang des Sommers 93 bemerkte Pat. das Entstehen von Knoten im Leib, bisweilen Schmerzen.

Jetzige Beschwerden: Anfallweis auftretende Leibschmerzen, Obstipation, Druckgefühl auf Blase, Schmerzen beim Wasserlassen.

Status praesens: Schwächliche, anämische Frau. Herz und Lungen o. B. Zwischen Nabel und Symphyse ein prallelastischer Tumor; nach rechts hin sitzt ihm eine fast apfelgrosse Geschwulst auf. Inguinaldrüsen klein, hart.

Diagnose: Tubargravidität? Haematocele retrouterina.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Salpingoophorectomia dextra, Salpingectomia sinistra am 2. XII. 93.

Im Peritoneum zahlreiche kleine weissliche Knötchen. Wenig Ascites. Im kleinen Becken zahlreiche Verwachsungen. Linke Tube in eine über mannsfaustgrosse Geschwulst verwandelt, mit Mesenterium und Darmschlingen stark verwachsen, aus ihr ca. $^1/_2$ l Eiter aspiriert. Linkes Ovarium normal, wird zurückgelassen. Rechte Tube daumendick, hornartig um das cystische, fast faustgrosse Ovarium gekrümmt. Rechte Adnexe exstirpiert, Bauchwunde geschlossen.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx tuberkulosa duplex, Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Die ersten 14 Tage post operat. abendliche Temperatursteigerungen bis 38,9°. Am 12. XII. gänseeigrosses Exsudat links neben dem Uterus. Vom 21. XII. an kein Fieber, Pat. erholt sich, wird am 31. XII. bedeutend gebessert entlassen. Das Exsudat ist geringer.

Nachricht: Pat. ist am 11. VIII. 95 ($1^3/_4$ J. post operat.) an Meningitis tuberkulosa gestorben.

X. R., Elisabeth, 17 J. aus Leipzig. Aufgen. am 22. I. 94.

Anamnese: Mutter an Phthise gestorben. Menstruation mit 15 J., vierwöchentlich, dreitägig, letzte vor 10 Wochen. Keine Entbindung. Seit 2 Monaten Leibschmerzen, geringer Fluor.

Status praesens: Gracil gebautes Mädchen, Herz und Lungen o. B. Rechts im Leib ein druckempfindlicher Tumor, fast bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend. Linke Tube scheint verdickt, geschlängelt, rechts ein grösserer Tumor fühlbar, der den normalen Uterus hinten und seitlich umfasst, rechte Tube nicht fühlbar.

Diagnose: Pyosalpinx tuberkulosa bilateralis.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Salpingoophorectomia bilateralis am 7. II. 94.

Parietales und viscerales Blatt des Peritoneum mit kleinen Knötchen bedeckt, zahlreiche Verwachsungen. Der Tumor rechts ist über faustgross, besteht aus Tube und Ovarium, enthält ca. 500 ccm käsigen Eiter. Linke Tube zeigt am uterinen Ende einen gelblichen, taubeneigrossen Knoten, im weiteren Verlauf kleinere Wandknoten, ist am abdominalen Ende verschlossen. Linkes Ovarium normal. Entfernen beider Adnexe, Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa duplex, Pyoovarium dextrum tuberkulosum.

Verlauf: Vom 7.—18. II. Befinden schlecht, heftige Leibschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen. Am 18. II. Ileuserscheinungen, abermalige Laparatomie. Darm abgeknickt, Anastomosenbildung. Von nun an Besserung. Wunde per primam verheilt. Pat. wird am 22. IV. 94 bedeutend gebessert entlassen.

Nachricht: war nicht zu erhalten.

XI. Sch., Lina, 34 J., Zimmermannsfrau aus Linda. Aufgen. 17. VII. 94.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern. Menstr. mit 18 Jahren, regelmässig aller 4 Wochen, 3—4 Tage lang, schwach, 3 normale Entbindungen, letzte vor $1^1/_2$ Jahr. Ostern 94 schwoll der Leib an, dabei wenig Schmerzen, häufiges Frösteln, Gefühl einer Geschwulst im Becken. Auf heisse Umschläge ging Anschwellung des Abdomen fast vollständig zurück. Beim Gehen geringe Schmerzen. Seit 14 Tagen Leib wieder stärker, mässig Leibschmerzen, geringe Harnbeschwerden.

Status praesens: Kräftige Frau. Herz und Lungen o. B. Bauchdecken schlaff, rechte Inguinaldrüsen etwas geschwollen. Links im Abdomen ein kindskopfgrosser, beweglicher Tumor von höckriger Oberfläche, der sich vom Uterus nicht deutlich abgrenzen lässt. In Narkose sind die Adnexe nicht deutlich fühlbar; im Abdomen mehrere derbe Knoten, besonders im kleinen Becken. Harn o. B. Temperatur 38,5°.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa sinistra.

Vorgeschlagene Therapie: Operation.

Laparatomie am 25. VII. 94. Peritoneum parietale und viscerale mit kleineren und grösseren Knötchen besetzt, mit dem zu fingerdicken Schwarten verwandelten Netz in grosser Ausdehnung verlötet. Darmschlingen unter einander verwachsen. Darmserosa mit Tuberkeln besetzt. Linke Tube wenig verdickt, sonst Genitalien anscheinend normal. Die hochgradigsten Veränderungen in der Gegend des Wurmfortsatzes, wo die Knoten dicht neben einander liegen. Nach Lösung der Adhäsionen lässt man die Sonne in die Bauchhöhle scheinen, dann wird die Wunde geschlossen.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa sinistra.

Verlauf: Nach der Operation wird der Puls frequent, klein, Temperatursteigerung bis 40,0°, Delirien, Kampfer- und Aetherinjektionen. Am 27. VII. ist Pat. benommen, Temperatur 40,2°. Pupillen starr, verschieden weit. Vormittag 10 Uhr exitus letalis. (Sepsis) 2 Tage post operat. Keine Sektion.

XII. S., Minna, 17 J., Dienstmädchen aus Leipzig. Aufgen. 7. I. 95.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Vor 1 Jahr Blinddarmentzündung, darauf noch 1 Recidiv. Menstr. mit 14 J., regelmässig aller 4 Wochen 3—4 tägig mit mässigen Leibschmerzen. Seit der Blinddarmentzündung Menses unregelmässig, setzen manchmal 8—9 Wochen aus. Bei letzter Menstr. Kreuzschmerzen. Seit 3 Wochen Brennen bei Wasserlassen. Keine Entbindung.

Status praesens: Mittelkräftige Pat. Herz und Lungen o. B. Narkosenuntersuchung: Linke Tube knollig, verdickt. Uterus kaum vergrössert, in der Beweglichkeit beschränkt; recht vom Uterus ein Tumor, an dem sich Tube und Ovarium nicht unterscheiden lassen. Da sich auf Ichthyolbehandlung der Zustand nicht bessert, wird die Laparatomie ausgeführt.

Diagnose: Pyosalpinx tuberkulosa sin.

Therapie: Operation.

Salpingoophorectomia sinistra am 5. II. 94.

Darmschlingen im kleinen Becken stark verwachsen, links vom Uterus ein strausseneigrosser Tumor aus Tube und Ovarium bestehend. Derselbe wird aus den Adhäsionen gelöst und entfernt. Rechte Adnexe kaum verändert. Bauchwunde vernäht.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx tuberkulosa sinistra, Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Glatter Heilverlauf der Wunde. Am 5. V. hinter dem Uterus noch eine sehr feste Resistenz, die sich nicht differenzieren lässt, fühlbar. Bisweilen Schmerzen in der linken Seite. Wenig Husten. Pat. wird gebessert entlassen.

Nachricht: 29. IX. 03. Pat. ist seit 5 Jahren verheiratet, sie war seit der Operation nie wieder krank, ihr Befinden ist „das denkbar beste". Keine Beschwerden. Ehe bisher kinderlos.

XIII., F. Ida, 24 Jahre Dienstmädchen aus Leipzig. Aufgenommen am 8. II. 95.

Anamnese: 1 Schwester lungenleidend. Menstr. mit 17 Jahren aller 3—4 Wochen, 2 tägig, mässig, ohne Beschwerden; letzte September 94. Keine Entbindung. Seit 4 Wochen Schmerzen in der linken Seite, Kreuzschmerzen, Stuhlbeschwerden, mässiger Ausfluss.

Status praesens: Mittelkräftige Pat. Herz o. B. Ueber beiden Lungen einzelne trockne, bronchitische Geräusche. Bauchdecken straff, fettreich. Vorderes Scheidengewölbe durch einen Tumor herab gedrängt, der von der Symphyse schräg nach links oben verläuft, Consistenz derb, Tumor wenig verschieblich, sehr druckempfindlich. Rechte Adnexe anscheinend normal. Uterus lässt sich wegen der Schmerzhaftigkeit nicht palpieren.

Verlauf: Im Februar und März Bronchitis; bisweilen remittierendes Fieber. Tumor wächst, daher Operation.

Diagnose: Pyosalpinx bilateralis (wahrscheinlich tuberkulös).

Salpingoophorectomia bilateralis am 6. IV. 95.

Netz, Darm und Blase mit Uterus und Adnexen verwachsen. Rechte Tube und Ovarium bilden einen über faustgrossen Tumor, der einreisst und stinkenden Eiter enthält. Linker Tumor kleiner

fest verwachsen. Abtragen der Adnexe, Schluss der Bauchwunde.

Anatomische Diagnose: Tuberkulosis tubarum et ovariorum.

Verlauf: Andauernd mässige Temperatursteigerungen. Urin eiterhaltig, Nierengegend beiderseits schmerzhaft. Blasentuberkulose. Von Anfang Juli an Temperatur normal; am 4. VIII. wird Pat. entlassen. Ueber beiden Hüftbeinkämmen stechende Schmerzen, häufiger Harndrang, Urin trübe. Mässige Obstipation. Uterus normal gross, anteflectiert. Parametrien schmerzhaft, anscheinend infiltriert. Körpergewicht Oktober 95: 140 Pfund, 19. VI. 96: 154 Pfund.

Nachricht: 29. VII, 03. Anfangs nach Entlassung Wohlbefinden. Seit 2 Jahren ist Pat. verheiratet. Es besteht Ausfluss, Pat. ist „sehr nervenkrank" hat stark abgenommen; Allgemeinbefinden schlecht.

XIV. W. Laura, 51 Jahre Schriftsetzerfrau aus Leipzig, Aufgen. am 17. V. 05.

Anamnese: Mutter an Bauchwassersucht gestorben. Menstr. mit 18 Jahren, 4wöchentlich, 8tägig, sehr stark, ohne Beschwerden, letzte vor 4 Jahren. 8 normale Entbindungen, letzte vor 11 Jahren. Puerperium stets normal. Wegen Uterusprolaps hat Pat. eine Zeitlang einen Ring getragen, jetzt Ring sehr schmerzhaft. Wenig Ascites. Uterus anscheinend normal, Adnexe nicht deutlich zu tasten.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis, Tuberkulosis uteri.

Therapie: Operation.

Exstirpatio uteri per laparatom. am 11. VI. 95.

Bei Eröffnen der Bauchhöhle Abfliessen von wenig Ascites, Peritoneum mit zahlreichen, hirsekorngrossen Knötchen besetzt, Uterus auf der rechten Seite mit Darm verwachsen. Uterus

wird exstirpiert. Anatomische Diagnose. Tuberkulosis uteri, Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: 15. VI. Bauchdeckeneiterung. Häufig Temperatursteigerung. 14. VII. Wunde fast vollständig zugranuliert. Am 23. VII. Pat. gebessert entlassen. 16. X. Beim Husten platzte die Bauchwunde (tuberkulöses Geschwür in derselben) auf, Dünndarmschlingen traten hervor. Peritoneum mit Tuberkelknötchen besetzt. Reposition der gereinigten Darmschlingen, Schluss der Bauchwunde. Die ersten Tage nach der Operation Fieber bis 38,5, Puls 132, Husten stärker. Beständige Temperatursteigerungen. Am 10. XI. wird Pat. gebessert entlassen. Wunde ulceriert, starker Husten.

Nachricht: Pat. ist am 2. XII. 95 (6 Monate post. operat.) an Tuberkulose gestorben.

XV. St., Ida, 29 J. Arbeitersfrau aus L.-Lindenau. Aufgen. 16. V. 95.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Menstruation mit 16 Jahren, vierwöchentlich, 5—6 tägig, letzte vor 4 Wochen. Am 2. Mai 95 trat, während Pat. wegen Pleuritis bettlägerig war, plötzlich starke Blutung auf, die bis zum 12. V. dauerte, dabei lebhafte Leibschmerzen. Seitdem gelblich-eitriger Ausfluss.

Status praesens: Kräftige Frau. Herz und Lungen o. B. Uterus retroflektiert, beide Tuben verdickt, in Verwachsungen eingebettet.

Diagnose: Perimetritis, Pyosalpinx bilateralis.

Therapie: Operation.

Salpingoophorectomia bilat. am 25. V. Parietales Bauchfellblatt grösstenteils glatt und spiegelnd, an einzelnen Stellen feinste Knötchen; viscerales Blatt von miliaren Knötchen übersät, besonders das omentum maius. Ca. 300 ccm Ascites.

Adnexe entfernt. Linke Tube enthält reichlich Eiter. Schluss der Bauchwunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa duplex, Oophoritis tuberkulosa dextra.

Verlauf: Die ersten Tage nach der Operation Puls frequenter, Temperatursteigerungen bis 38,8°. Nach 3 Tagen Nachlassen der Beschwerden, Temperatur und Puls normal. Pat. fühlt sich wohl, wird am 13. VI. gebessert entlassen.

Nachricht: Pat. fühlte sich in der ersten Zeit nach der Operation sehr schwach, war sehr ängstlich, aufgeregt. Nach Verlauf eines Jahres allgemeines Wohlbefinden bis auf dauernde Obstipation (Pat. musste immer Abführmittel gebrauchen). Am 28. VI. 1900 wurde Pat. wegen heftiger Leibschmerzen und Erbrechen grünlicher Massen in die chirurg. Klinik aufgenommen. Befund: Leib stark aufgetrieben, Peristaltik nicht deutlich. Uterus gut beweglich. Auf Einlauf kein Stuhlgang. 30. VI. Laparatomie: Beginnende Peritonitis fibrinosa diffusa. Dünndärme mit Uterus und Tubenresten verwachsen (Adnexe fehlen). Eine gangränöse Dünndarmschlinge mit Verwachsungen eingeklemmt, in deren Umgebung stinkender Eiter. Drainage nach Vagina. Am selben Abend exitus letalis.

Diagnose: Peritonitus fibrinosa purulenta circumscripta et incipiens diffusa. Sektionsbericht fehlt.

(Exitus 5 Jahre post. oper. an Ileus.)

XVI. Sch., Lina 29 J. Kaufmannsfrau aus Riesa. Aufgen. am 8. II. 97.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Menstruation mit 16 J. regelmässig aller 4 Wochen, dreitägig ohne Schmerzen, letzte vor 14 Tagen. Seit letzter Menstruation zunehmende Schmerzen im Unterleib, geringer Fluor, Obstipation. Pat. ist seit 4 J. verheiratet, keine Entbindung.

Diagnose: Salpingitis tuberkulosa duplex. Totalexstirpation per laparatomiam am 12. II.

Geringer Ascites, Peritoneum mit kleinen gelblichen Knötchen besetzt, im kleinen Becken zahlreiche Verwachsungen. Uterus etwas vergrössert. Beide Tuben und Ovarien sind in Geschwülste verwandelt, mit der Umgebung verwachsen. Auslösung der Tuben und Ovarien, da Uterus auch tuberkulös erkrankt, wird er supravaginal abgetragen. Schluss der Bauchwunde.

Anatomische Diagnose: Salpingoophoritis bilateralis tuberkulosa, Tuberkulosis uteri et peritonei.

Verlauf: Die ersten 3 Tage p. operat. Temperatursteigerungen bis 39,5°, dann normale Temperatur, Wohlbefinden. Wunde per primam verheilt. Am 3. III. wird Pat. geheilt entlassen.

Nachricht: nicht zu erhalten.

XVII. M., Ernestine 39 J. Witwe aus Leipzig. Aufgen. am 14. VI. 97.

Anamnese: Mann an Phthise gestorben. Als Mädchen an Chlorose gelitten. Menstruation mit 17 Jahren, anfangs unregelmässig, später regelmässig aller 4 Wochen. 3 – 4 tägig, ohne Beschwerden, schwach. 1. Entbindung vor 15 Jahren, Puerperium normal. Vor 3 Jahren war Pat. wegen Leibschmerzen 7 Wochen lang bettlägerig. Vor 1 Jahr plötzlich Schmerzen im Unterleib, ein Arzt konstatierte ein Geschwür an der Gebärmutter. Seitdem Menses schmerzhaft, mässig. April 97 Schwäche und Appetitslosigkeit. Anfang Mai 97 nach der Menstruation grünlicher, unangenehm riechender Ausfluss, Brennen beim Wasserlassen, Stuhlgang unregelmässig; Schmerzen treten krampfartig auf, lassen nur kurze Zeit nach.

Status praesens: Mittelgrosse, wenig anämische Frau.

Herz und Lungen o. B. Abdomen sehr druckempfindlich, in linker Unterleibsgegend Dämpfung, Tumor. Aus Vagina schleimig-eitriger Ausfluss. Uterus normal, sehr schwer beweglich. Links neben dem Uterus ein kindkopfgrosser, derber Tumor. Probepunktion durch Douglas ergiebt wenig gelbliche, seröse Flüssigkeit.

Diagnose: Pyosalpinx duplex gonorrhoica.

Salpingoophorectomia sinistra am 24. VI. 97.

Linkes Ovarium apfelgrosser Tumor, mit den Därmen verwachsen, aus ihm entleert sich nicht übel riechender Eiter. Linke Adnexe abgetragen. Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx duplex tuberkulosa, Oophoritis tuberkulosa sinistra.

Verlauf: Glatter Heilverlauf. Normale Temperatur. Wenig Husten. Am 13. VII. wird Pat. gebessert entlassen. Links vom Uterus ein ca. gänseeigrosses Stumpfexsudat, rechte Adnexe nicht deutlich abtastbar.

Nachricht: Am 6. VII. 01 nochmals operiert, und zwar Totalexstirpation wegen Myom. 1. VIII. 03 Pat. fühlt sich wohl, ist sehr stark geworden; gutes Aussehen arbeitsfähig.

XVIII. Schl., Lena 28 J., verheiratet, aus Paunsdorf, Aufgen. 19. I. 97.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Drüsenschwellung, Typhus. Menstruation mit 16 J. unregelmässig, schwach, 8 Tage dauernd, ohne Beschwerden, letzte Juni 1896. 1 Fehlgeburt vor 2 Jahren. Nach dem Typhus (März 96) Eiterabgang durch Rectum, allmählich geringer, Eiterabgang wiederholte sich öfters, auch jetzt noch. Dabei heftige Schmerzen.

Status praesens: Anämische, schwächliche Frau. Herz o. B. Ueber rechten Oberlappen verschärftes Exspirium. In

Nabelhöhe ein pflaumengrosser, harter Knoten fühlbar. Uterus nach links verlagert, in der Beweglichkeit beschränkt, druckempfindlich. Linke Adnexe normal gross, nicht beweglich. Rechts hoch am Beckenrand prallelastische, druckempfindliche Resistenz. Urin o. B.

Diagnose: Verjauchtes, rechtsseitiges Ovarialkystom.

Salpingoophorectomia dextra. Exstirpation retroperitonaler Lymphdrüsen am 23. I.

Peritoneum spiegelnd mit zahlreichen Knoten besetzt, ca. 2 l Ascites. Bauchschnitt parallel dem rechten Poupartschen Band. Darmschlingen mit Knötchen besetzt. Rechte Tube schlank, rechtes Ovarium nicht zu fühlen. Tumor in Nabelhöhe mit Netz und Darm verwachsen, abgetragen (Mesenterialtumor.) Das verjauchte Ovarium wird an den Bauchdecken fixiert, nach 4 Tagen incidiert, drainiert.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, verjauchter, rechtsseitiger tuberkulöser Ovarialabscess.

Verlauf: Nach Operation Temperatur normal. Am 8. Tage werden die Drains entfernt, Fieber bis 40,2°, nach 2 weiteren Tagen; kein Fieber mehr. Täglich Verbandwechsel, Ausspülungen. Am 15. IV. 97 wird Pat. wesentlich gebessert entlassen.

Nachricht: Anfangs war das Befinden erheblich gebessert. Ungefähr 5 Jahre nach der Operation traten Erscheinungen von Peritoneal- und Darmtuberkulose auf mit Bildung einer Rektumscheidenfistel. Ueber jetziges Befinden war Nachricht nicht zu erhalten.

XIX. V., Lina, 36 J., Arbeitersfrau aus Reudnitz. Aufgen. 5. VII. 97.

Anamnese: Pat. hereditär nicht belastet, leidet seit Jahren an Husten, Auswurf, Stechen in der rechten Seite.

Menstr. mit 14 Jahren, unregelmässig. Vor 16 Jahren Frühgeburt, seitdem Menstr. regelmässig 4 wöchentlich, 3—8 tägig; letzte Ende Mai, 4 Wochen andauernd. Seit 8 Wochen Leib stärker, Kreuz- und Kopfschmerzen. Ende Mai während der 4 wöchigen Blutung Schmerzen in der rechten Seite.

Status praesens: Mittelgrosse, schwächliche Pat. Herz o. B. R. h. ob. verkürzter Schall, schwaches Vesiculäratmen. Uterus vergrössert, links hinten prallelastischer Tumor, rechts neben Portio hühnereigrosser Tumor. Tuben und Ovarien isoliert nicht abzutasten.

Diagnose: Pyosalpinx sinistra tuberkulosa?

Exstirpation beider Tuben und des linken Ovarium am 21. VII. 97.

Peritoneum glatt, glänzend. Links vom Uterus überfaustgrosser Tumor (das cystisch degenerierte linke Ovarium). Linke Tube fingerdick, rechte Tube ebenfalls, rechtes Ovarium normal. Linke Adnexe und rechte Tube werden exstirpiert.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx duplex tuberkulosa, Cyste des linken Ovarium.

Verlauf: Glatte Wundheilung. Besserung des Allgemeinbefindens. Am 8. VIII.: Rechtes Ovarium wenig vergrössert, nicht druckempfindlich. Kein Exsudat. Pat. wird geheilt entlassen.

Nachricht: 18. I. 99. Nachmals operiert, Exstirpation des cystisch degenerierten, verwachsenen rechten Ovarium. Fieber frei, glatte Wundheilung.

16. VII. 03. Pat. ist stets kränklich, Allgemeinbefinden leidlich. Pat. kann nur leichte Arbeit verrichten.

XX. T., Bertha, 24 J., Dienstmädchen aus Eilenburg. Aufgen. 13. VII. 97.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Als Kind Masern, im 20. Lebensjahre Entzündung des rechten

Hand- und Ellenbogengelenks. Menstr. mit 18 Jahren, meist schwach, letzte vor 14 Tagen. Februar 96 normale Entbindung, am 14. Tage des Wochenbettes Pleuritis. Seitdem bald Anschwellen, bald Abschwellen des Leibes, Stuhlverstopfung, Brennen beim Wasserlassen, Menses sehr unregelmässig. Husten, wenig Auswurf. Starke Abmagerung.

Status praesens: Kleine, sehr schwächliche Pat. L. h. ob. sowie r. h. unt. leichte Dämpfung. Herz o. B. Leib stark aufgetrieben. Ueber den abhängigen Partien des Abdomen tympanitischer Schall. Deutliche Fluktuation, nirgends Tumoren fühlbar. Uterus normal gross, im Douglas eine Resistenz, vielleicht der Tube angehörig. Mässige Temperatursteigerungen.

Diagnose: Tuberkulosis pulmonum et genitalium, Peritonitis tuberkulosa.

Salpingoophorectomia bilateralis am 23. VII. 97.

Peritoneum mit sehr zahlreichen Knötchen besetzt, desgleichen Uterus und Adnexe. Beträchtliche Menge Ascites. Tuben und Ovarien vergrössert, werden exstirpiert. Austupfen, Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Bauchwunde platzt in der Mitte wieder auf, Entleerung seröser Flüssigkeit. (Ascites); anfangs Fieber bis 38,8°, später normale Temperatur. Pat. magert ab. Mitte September entleert die Wundfistel Eiter, leichtes Fieber, übelriechender Ausfluss; am 23. IX. entleert die Fistel Kot. Ende September Kollapserscheinungen, grosse Schwäche, Somnolenz. 4. X. Exitus.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Tuberkulosis pulmonum et genitalium.

XXI. G., Louise, 38 J., Privata aus Hof. Aufgen. am 11. II. 99.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Im 20. Jahre angeblich unterleibsleidend, im 29. Jahre Spitzenkatarrh, im selben Jahre wurde eine Abrasio mucosae vorgenommen. Menstr. mit 12 Jahren, regelmässig, aller 4 Wochen anfangs 3tägig, später 7tägig, stark. In letzter Zeit Dysmenorrhoeen.

Status praesens: Ueber rechter Lunge abgeschwächtes, vesik. Atmen.

Diagnose: Pyosalpinx bilateralis.

Salpingoophorectomia bilateralis am 21. II. 99.

Peritoneum glatt. Rechte Tube chronisch entzündet, linke eiterhaltig. Abtragen beider Adnexe, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Pyosalpinx bilateralis tuberkulosa.

Verlauf: Temperatur normal. Heilung der Wunde per primam. Pat. wird 1. IV. 99 geheilt entlassen.

Nachricht nicht zu erlangen.

XXII. B., Marie, 30 Jahre Schuhmachersfrau aus Oschatz. Aufgen. am 25. VI. 1900.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Menstr. mit 19 Jahren regelmässig, 4wöchentlich, im 20. Jahre einmal auf 1 Jahr aussetzend. Seit einigen Jahren immer mehrere Tage zu früh eintretend, 1—2 Tage dauernd, schwach. Letzte Menstr. am 24. VI. Seit 6 Jahren verheiratet, keine Entbindung. Beschwerden: Kreuzschmerzen, besonders während der Menstruation, Stechen in beiden Seiten. Krankheit hat angeblich einige Wochen nach der Verheiratung begonnen.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx duplex tuberkulosa.

Salpingoophorectomia sinistra am 28. VI. 00.

Peritoneum übersät mit stecknadelkopfgrossen, gelblich-

weissen Knötchen. Wenig Ascites. Tuben verdickt, besonders die linke. Abtragen beider Adnexe. Austupfen der Bauchhöhle mit Jodoform, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx bilateralis tuberkulosa.

Verlauf: Kein Fieber. Wundheilung normal. Pat. wird am 17. VII. geheilt entlassen. Nachricht war nicht zu erlangen.

XXIII. H., Clara, 27 Jahr, Arbeitersfrau aus Pegau. Aufgen. am 8. V. 01.

Anamnese: Vater an Lungenleiden gestorben. Menstr. mit 15 Jahren regelmässig stark, in letzter Zeit 8tägig; letzte Menstr. 19. IV. 01. 5 normale Entbindungen, letzte vor 2 Jahren, 1 Fehlgeburt vor 3 Jahren. Seit letztem Puerperium Schmerzen im Leib und beim Wasserlassen. Im März 1900 starke Blutung; es ist angeblich eine Geschwulst exstirpiert worden. Im Anschluss hieran will Pat. sehr krank gewesen sein, fast 1 Jahr lang bettlägerig. Schmerzen sind in letzter Zeit heftiger geworden.

Status praesens: Mässig kräftige Pat. Lungen und Herz o. B. Leib nicht aufgetrieben. Aus der Vagina entleert sich schleimig-eitriges Sekret; Uterus hühnereigross, weniger beweglich als normal, anteflectiert. Rechts vom Uterus ein gänseeigrosser, harter, sehr druckempfindlicher Tumor, der mit Beckenwand verwachsen ist. Tumor geht in die rechte, stark verdickte Tube über. Rechtes Ovarium nicht zu fühlen. Links hinter dem Uterus ebenfalls ein gänseeigrosser Tumor, teils hart, teils weich, allseitig fixiert, sehr druckempfindlich. Linke Tube geht in diesen Tumor über, linkes Ovarium nicht isoliert zu tasten.

Diagnose: Pyosalpinx bilateralis.

Salpingectomia dextra, Oophorectomia dextra am 8. VI. 01. Peritoneum parietale und viscerale mit zahlreichen gelblichen Knötchen besetzt, Netz in grosser Ausdehnung mit Bauchwand verwachsen. Rechts vom Uterus, mit diesem und der Bauchwand verwachsen ein hühnereigrosser, cystischer Tumor. Derselbe reisst beim Auslösen ein, entleert trübe Flüssigkeit. Rechte Adnexe werden abgetragen. Linke Tube fast kleinfingerdick, sehr fest verwachsen, gewunden, wurstförmig. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Pyosalpinx tuberkulosa bilateralis:

Verlauf: Anfangs mässiges Fieber, Wunde per primam verheilt. Allgemeinbefinden gut. Pat. wird am 26. VI. 01. geheilt entlassen.

Nachricht: 11. III. 04. Pat. leidet seit einigen Monaten an Blasenkatarrh. Häufiger Harndrang, Brennen beim Wasserlassen. Seit Operation sind die Schmerzen in der linken Seite nicht wieder aufgetreten. Allgemeinbefinden jetzt schlecht; Pat. kann nicht einmal die häuslichen Arbeiten verrichten.

XXIV. H., Emma[1]) 29 Jahre Feuermannsfrau aus Schönefeld.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Masern, Scharlach. Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, dreitägig, stark. Seit der Verheiratung (vor $2^1/_2$ J.) Periode unregelmässig, seit $^1/_2$ Jahr auch Blutungen ausserhalb der Zeit. Geringer Ausfluss. Keine Entbindung, kein Abort.

Status praesens: Kräftige Pat. Herz und Lungen o. B., ebenso Abdomen. An Stelle der Portio ein wallnussgrosser, weicher, schwammiger, leicht blutender Tumor. Rechtes Scheidengewölbe gleichfalls ergriffen. Uterus retrovertiert, schwer beweglich, Parametrien o. B. Linkes Ovarium o. B.,

[1]) Von Glockner (Hegars Beiträge) ausführlich publiziert.

rechtes nicht deutlich zu fühlen. Durch Probeexcision wird Tuberkulose festgestellt.

Diagnose: Tuberkulosis cervicis uteri.

Vaginale Uterusexstirpation am 27. VI. 01.

Abkratzen der zottigen Massen. Portio mit Paquelin excidiert hierauf vaginale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexe. Peritoneum wird von der Scheide aus abgeschlossen.

Anatomische Diagnose: Papilläre Cervicaltuberkulose.

Verlauf: Kein Fieber. Glatte Heilung. Pat. wird am 15. VIII. 01 mit granulierender Scheidenwunde entlassen.

Nachricht: Am 14. IX. und 14. XI. 01 nachuntersucht. Bei beiden Untersuchungen fand sich eine glatte Narbe, nur in der Mitte derselben einige Granulationspfröpfe. Allgemeinbefinden seit der Operation vorzüglich.

3. III. 04. Pat. fühlt sich sehr wohl, kann jede Arbeit ohne die geringsten Beschwerden verrichten.

XXV. Th., Florence 25 J. Lehrersfrau aus Altenburg. Aufgen. am 25. IV. 02.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Als Kind Masern, Keuchhusten, Typhus. Menstruation mit 14 Jahren regelmässig aller 26 Tage. Fünftägig, stark. Seit 5 Jahren verheiratet, keine Entbindung. Seit dem Typhus (vor 7 Jahren) bestehen Kopfschmerzen, sowie zeitweise auftretende, heftige Schmerzen in der linken Seite. Dysmenorrhoische Beschwerden.

Diagnose: Perimetritis chronica, Retroversio-flexio uteri fixata.

Salpingoophorectomia sinistra, Ventrifixation am 29. IV. 02.

Peritoneum parietale und viscerale zeigen massenhafte Verwachsungen, Adnexe ebenfalls, besonders auf der linken Seite. Linkes Ovarium vergrössert, mit eigentümlichen hirse-

korngrossen, gelblichen Knötchen besetzt. Linke Adnexe werden abgetragen. Ventrifikation. Austupfen der Bauchhöhle, Naht.

Anatomische Diagnose: Peritonitis chronica adhaesiva, Salpingoophoritis sinistra. Im linken Ovarium verkäste Herde.

Verlauf: Wundheilung per primam. Kein Fieber.

Nachricht: 24. VI. 03. Seit Operation Wohlbefinden; Kopfschmerzen noch vorhanden, aber keine Leibschmerzen mehr, kein Erbrechen. Seit der Operation Neigung zur Obstipation.

Bei Betrachtung vorstehender Krankengeschichten fällt zunächst auf, dass es sich um Patientinnen im Alter von 17—51 Jahren handelt. Es bestätigt dieser Befund die allgemeine Beobachtung, dass die Genitaltuberkulose, obwohl sie ja kein Lebensalter verschont, doch hauptsächlich ein Leiden des geschlechtsreifen Alters ist.

Inwieweit die hier angeführten Genitalerkrankungen primäre bezw. sekundäre Affektionen sind, wage ich nicht zu entscheiden, da ja diese Frage, wie ich oben erwähnt habe, nur durch sorgfältige Autopsie entschieden werden kann.

Am häufigsten von allen Teilen des Genitaltraktus waren auch bei uns die Tuben erkrankt und zwar in 10 Fällen beide Tuben (III, IV, V, VI, VII, IX, XIX, XXI, XXII, XXIII) in 2 Fällen die linke Tube (XI, XII,) in Fall VIII beide Tuben und Uterus, in 2 Fällen (I, XIII,) beide Tuben und beide Ovarien, in 3 Fällen (X, XV, XVII,) beide Tuben und ein Ovarium, in 2 Fällen (II, XXV,) die linke Tube und das linke Ovarium, und schliesslich in 2 Fällen (XVI, XX) der gesamte Genitaltraktus. In Fall XIV war nur der Uterus, in Fall XXIV nur die Cervix, in Fall XVIII nur das rechte Ovarium tuber-

kulös. Es waren demnach beide Tuben 18 mal, eine Tube 4 mal, der Uterus 4 mal, beide Ovarien 3 mal, ein Ovarium 5 mal und Cervix 1 mal erkrankt.

Das Bauchfell endlich war in 19 Fällen mitbeteiligt.

Beide Tuben waren also in 72% der Fälle
eine Tube in 16%
der Uterus in 16%
beide Ovarien in 12%
ein Ovarium in 20% und
die Cervix in 4%
der Sitz der Tuberkulose.

Diese Zahlen decken sich im allgemeinen mit den Beobachtungen anderer Autoren. Unter 119 Genitaltuberkulosen fand Späth in 103 Fällen die Tuben erkrankt, 15 mal die Ovarien, 10 mal den Uterus. Mosler beobachtete unter 47 Fällen von Genitaltuberkulose 34 mal Lokalisation in den Tuben und 7 mal in den Ovarien. In 27 von 34 Fällen, die Schramm veröffentlichte, waren beide Tuben erkrankt, ebenfalls in 5 von 6 Fällen Polanos.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Genitaltuberkulose und Sterilität ergibt sich folgender Befund. Von den 25 Patientinnen waren 18 verheiratet, von diesen 5 in kinderloser Ehe, 11 hatten ihre letzte Entbindung vor 2—16 Jahren durchgemacht, nur 2 hatten vor $^1/_2$ bezw. $^3/_4$ Jahr zum letzten Male geboren.

Ahlefelder fand unter 9 verheirateten Patientinnen 4 mal primäre Sterilität.

Erbliche Belastung konnte bei 9 Frauen konstatiert werden, bei 11 Patientinnen waren Lungen- bezw. Knochen- oder Drüsenerkrankungen vorausgegangen. Nur bei 9 Fällen war weder eine hereditäre Belastung noch irgend eine Organerkrankung tuberkulösen Ursprungs nachweisbar.

Bei 2 Patientinnen war der Uterus in Retroversion fixiert, bei einer prolabiert. Im übrigen konnten Anomalien im Bau bezw. Entwicklung des Genitalapparates nicht festgestellt werden.

Die Klagen über Menstruationsstörungen, über Sekretion der Genitalien, sowie über subjektive Beschwerden etc. waren in sämtlichen vorliegenden Fällen äusserrt variabel und durchaus uncharakteristisch. Auch die objektive Untersuchung ergab niemals pathognomonische Symptome, insbesondere konnten die von Hegar als ziemlich charakteristisch bezeichneten Knötchen im lig. rectouterinum und auf dem Beckenbauchfell nicht nachgewiesen werden.

Bei 24 Patientinnen wurde die Laparatomie ausgeführt; bei 6 (Fall VIII, X, XIII, XV, XX, XXI) wurden beide Adnexe, bei 5 (XII, XVII, XVIII, XXII, XXV) die Adnexe einer Seite, bei 3 (IX, XIX, XXIII) beide Tuben und das erkrankte Ovarium mitentfernt, in Fall XIV der Uterus exstirpiert und in Fall XVI wurde die Totalexstirpation ausgeführt.

In 8 Fällen wurde nur die Laparatomie ohne operativen Eingriff an den Genitalien vorgenommen. Bei 1 Patientin (XXIV) wurde der Uterus per vaginam exstirpiert.

Die durch die Operationen erzielten Resultate gestalten sich folgendermassen: Von den 25 Patientinnen gaben 4 keine Nachrichten. Von den übrigen 21 Frauen starben 7, 1 (XI) an Sepsis, die übrigen an allgemeiner Tuberkulose bezw. an tuberkulöser Meningitis, und zwar V 14 Tage, VII 20 Tage, I und XIX $2^1/_2$ Monate, XIV 6 Monate und IX $1^3/_4$ Jahr nach der Operation. Bei 9 Frauen beträgt die Beobachtungsdauer seit der Operation mehr als 5 Jahre. Der besseren Uebersicht wegen stelle ich in der folgenden Tabelle den anamnestischen Angaben dieser 9 Frauen bei der Aufnahme die Nachrichten über ihr jetziges Befinden gegenüber.

Fall	Beobachtungsdauer	Beschwerden vor der Operation	Art des Eingriffes	Befinden nach der Operation
II.	13¼ Jahr	Anschwellung d. Leibes, Leib- und Kreuzschmerzen, Harnbeschwerd.	Laparatomie	G. ist seit der Operation „ganz gesund, kann jede Arbeit verrichten".
III.	12⅓ Jahr	Wenig Beschwerden, seit Fehlgeburt vor 5 Monaten Unterleibsschmerzen	Laparatomie	Allmähliche Besserung bis zum völligen Wohlbefinden und Wiedererlangung der vollen Arbeitskraft. Im letzten Jahre Rheumatismus.
IV.	12 Jahr	Keine Klagen. Geringe Abmagerung, vor ¼ Jahr Anschwellen des Leibes, auf innere Mittel Genesung. Tumor im Leib.	Laparatomie	Lange Eiterung in der Bauchnarbe, 8 Jahre p. op. Gewichtszunahme, immer noch Beschwerden. Im letzten Halbjahr wegen Lungenleiden bettlägerig. Husten, Auswurf, starke Abmagerung. Seitens der Unterleibsorgane keine wesentlichen Beschwerden.
XII.	8¾ Jahr	Seit 1 Jahr Menstruation unregelmässig mit Kreuzschmerzen; seit 3 Wochen Harnbeschwerd.	Exstirpation der linken Adnexe	Pat. war seit der Operation „nie wieder krank, Befinden das denkbar beste". Seit 5 Jahren verheiratet, Ehe kinderlos.
XIII.	8⅓ Jahr	Seit 1 Monat Schmerzen in der linken Seite, Kreuzschmerzen, Stuhlbeschwerd., mässiger Ausfluss	Exstirpation beider Adnexe	Anfangs nach Entlassung Wohlbefinden, jetzt ist Pat. wieder leidend, „sehr nervenkrank", starke Abmagerung, Allgemeinbefinden schlecht.

Fall	Beobachtungsdauer	Beschwerden vor der Operation	Art des Eingriffes	Befinden nach der Operation
XV.	5 Jahr	Heftige Leibschmerzen, Eitriger Ausfluss	Exstirpation beider Adnexe	Nach der Operation sehr langsame Rekonvaleszenz, nach 1 Jahr vollständiges Wohlbefinden. 5 Jahre p. op. Ileus, Perforationsperitonitis, Exitus.
XVII.	6 Jahr	Krampfartige, selt. aussetzende Unterleibsschmerzen, Harnbeschwerd., Schwäche, Ausfluss	Exstirpation der linken Adnexe	4 Jahre p. oper. wegen Myom Totalexstirpation. Jetzt fühlt sich Pat. wohl, voll arbeitsfähig; gutes Aussehen.
XVIII.	5 Jahr	Vor $^1/_2$ Jahr Eiterabgang aus Rectum, öfters wieder auftretend, dabei heft. Schmerzen	Exstirpation der rechten Adnexe	Anfangs Befinden erheblich gebessert, nach 5 Jahren Erscheinungen von Peritoneal- und Darmtuberkulose, mit Rectumscheidenfistel.
XIX.	6 Jahr	Seit 2 Monaten Anschwellung d. Leibes, Kreuz- u. Kopfschmerzen, Schmerzen in d. rechten Seite	Exstirpation beid. Tuben u. des link. Ovarium	Pat. ist seit Operation stets kränklich, Allgemeinbefinden leidlich; Pat. kann nur leichte Arbeit verrichten.

Kürzere Zeit als 5 Jahre wurden beobachtet:

Fall	Beobachtungsdauer	Beschwerden vor der Operation	Art des Eingriffes	Befinden nach der Operation
VI.	$2^3/_4$ Jahr	Bei schwerer Arbeit Leibschmerzen, übelriechender Ausfluss	Laparatomie	Bauchnarbendiastase; bei schwerer Arbeit Leibschmerzen. Pat. ist arbeitsfähig. Lebte noch 5 Jahre p. oper.

Fall	Beobachtungsdauer	Beschwerden vor der Operation	Art des Eingriffes	Befinden nach der Operation
XXIII.	$2^{3}/_{4}$ Jahr	Vor 1 Jahr Exstirpation einer Unterleibsgeschwulst. Seitdem krank, fast 1 Jahr bettlägerig heftige Schmerzen in der link. Seite	Exstirpation der rechten Adnexe	Seit einigen Monaten Blasenkatarrh, häufiger Harndrang. Keine Leibschmerzen mehr; Allgemeinbefinden jetzt schlecht, Pat. kann nicht einmal die häuslichen Arbeiten verrichten.
XXIV.	$2^{3}/_{4}$ Jahr	Seit $^{1}/_{2}$ Jahr unregelmässige Blutung, geringer Ausfluss.	Vaginale Uterusexstirpation	Allgemeinbefinden sehr gut, keinerlei Beschwerden, volle Arbeitsfähigkeit.
XXV.	$1^{1}/_{4}$ Jahr	Seit 7 Jahren Kopfschmerzen, ausserdem zeitweise auftretende, heft. Schmerzen in der linken Seite	Exstirpation der link. Adnexe	Kopfschmerzen unverändert; keine Leibschmerzen mehr, seit der Operation Wohlbefinden.

Es wurde demnach durch die Operationen bei einer Beobachtungszeit von mehr als 5 Jahren in 5 Fällen eine vollständige Genesung der Patientinnen erzielt. Zu diesen 5 Fällen von vollem Erfolg rechne ich auch Fall XV, der nach völliger Wiederherstellung 5 Jahre post operationem plötzlich an Ileus und septischer Peritonitis zu Grunde ging. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der tuberkulösen Erkrankung der Genitalien und der späteren tötlichen Affektion besteht nicht.

Weitere 4 Frauen waren mindestens 5 Jahre nach der Operation noch am Leben, sind aber nicht wieder voll arbeitsfähig geworden. 3 von ihnen geben aber ausdrücklich an,

dass die Beschwerden seitens der Genitalorgane nur unbedeutend wird. Auch bei der vierten Patientin (XVIII) wurde das Leiden durch die Operation erheblich gebessert, doch traten bei ihr 5 Jahre später wieder Erscheinungen einer Bauchfell- und Darmtuberkulose auf. Auffallend ist bei einer grösseren Zahl der Frauen die Länge der Reconvalescenz, die meist durch Bauchdeckeneiterung bedingt war.

Wenn auch im allgemeinen nur bei mindestens 5 jähriger Beobachtungszeit von Dauerheilung gesprochen wird, so glaube ich doch, die Fälle, die kürzere Zeit kontrolliert wurden, bei Beurteilung der durch die Operation erzielten Resultate mit verwerten zu dürfen, zumal da von 3 Frauen die Nachrichten fast 3 Jahre nach der Operation eingingen. Es handelt sich hier um 4 Patientinnen. Von diesen wurden 3 wieder voll arbeitsfähig und von ihren Unterleibsbeschwerden vollkommen befreit. Nur eine Patientin kann fast 3 Jahre nach der Operation nicht einmal die häuslichen Arbeiten verrichten.

Bei 3 von den 5 als „geheilt“ bezeichneten Frauen wurde nur die Laparatomie ausgeführt, bei den anderen beiden die erkrankten Adnexe mit entfernt. Bei 3 von den nur kürzere Zeit beobachteten Patientinnen wurden die afficierten Organe exstirpiert und nur in einem Falle die einfache Laparatomie ausgeführt. Bei dieser geringen Zahl lässt sich wohl ein Schluss über günstigere Resultate bei Mitentfernung der einzelnen Abschnitte des Genitalapparates nicht ziehen. Vergleichsweise führe ich noch Schilers Angaben über Erfolge bei palliativer und operativer Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose an. Es wurden nach seinen Aufzeichnungen in der Freiburger Frauenklinik im Laufe von 8 Jahren 58 Fälle von Genitaltuberkulose behandelt. 14 von den palliativ behandelten Patientinnen wurden nachuntersucht, bezw. gaben ausführliche Nachricht, 2 waren inzwischen gestorben. 7 Frauen

wurden bis zu einem Jahr, 7 länger als ein Jahr beobachtet. Von der ersten Gruppe waren nur 2, von der letzten dagegen 6 voll arbeitsfähig geworden. 15 weitere Frauen wurden operativ behandelt, 7 von ihnen konnten die vor der Erkrankung geleistete Tätigkeit, die übrigen 8 nur leichte Arbeit verrichten Es scheint demnach hier die operative Therapie weniger erfolgreich gewesen zu sein, doch muss man bedenken, dass gerade die Fälle zur Operation kamen, bei denen die Palliativbehandlung erfolglos blieb.

Auf Grund der in unseren Fällen erzielten Resultate glaube ich, die operative Therapie, als recht erfolgreich bezeichnen zu können. Ist doch von 21 Frauen nur eine an den Folgen der Operation gestorben, 8 Patientinnen wurden vollkommen wieder hergestellt, und bei fast allen wurden die Beschwerden der Unterleibsorgane behoben.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Zweifel für die gütige Ueberlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Glockner für die liebeswürdige Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Alterthum: Tuberkul. der Tuben u. des Beckenbauchfells. Hegars Beitr. Bd. I.

— Neuere Arbeiten über die Infektionswege der weiblichen Genitaltuberk. Monatsschrift Bd. XIII.

Amann jr.: Referat Internat Congress für Geb. u. Gyn. Rom. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. Bd. XVI.

Döderlein und Krönig: Operative Gynaekologie 1905.

Glockner: Zur papillären Tuberkul. der Cervix uteri etc. Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. V.

Hartz: Ueber die Tuberkul. der weibl. Genit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XV.

Hegar: Die Entstehung, Diagnose u. chirurg. Behandlung der Genitaltuberkul. des Weibes; Stuttgart 1886.

— Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 45, 1897.

Kaufmann: Beitrag zur Tuberkulose der Cervix uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 37.

Kerber: Ueber die Dauererfolge der Laparatomie bei Peritonitis tuberkulosa; Inaug.-Diss., Leipzig 1900.

Kleinhans: Tuberkulose der Tuben, Veits Handbuch der Gyn.

Maas: Ueber die Tuberkulose der weibl. Genitalien im Kindesalter; Archiv f. Gyn., Bd. 51.

Martin: Referat Intern. Congress für Geb. u. Gyn. Rom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1902, Bd. XVI.

Mosler: Die Tuberkul. d. weibl. Genital. Inaug.-Diss., Breslau 1883.

Mosenthal: Beitrag zur Kenntnis der weibl. Genitaltuberkulose; Inaug.-Diss., Heidelberg 1903.

Polano: Klinische und anatomische Beiträge zur weibl. Genitaltuberkulose; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 44.

v. Rosthorn: Lehrbuch d. Gyn. v. Küstner 1901.

Schauta: Lehrbuch d. Gyn. 1896.

Sippel: Bemerkungen zur Tuberkul. der weibl. Genitalien und des Bauchfells; Deutsche med. Wochenschr. 1901 Nr. 3.

Späth: Ueber die Tuberkulose der weibl. Genitalien; Inaug.-Diss., Strassburg 1885.

Stolper: Untersuchungen über Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane; Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XI.

Stratz: Ueber Genitaltuberkulose; Monatsschr. Bd. XIII.
Vassmer: 6 Fälle von Uterustuberkulose; Arch. f. Gyn. 1898.
Veit: Referat Intern. Congress f. Geb. u. Gyn. Rom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XVI.
Voigt: Beiträge zur Tuberkulose der weibl. Geschlechtsorgane; Arch. f. Gyn., Bd. 59.
Walther: Zur Kenntnis der Uterustuberkulose; Monatsschr. f. Geb. u. u. Gyn., Bd. VI.
Wohl: Beitrag zur Kenntnis der Tuberkul. der weibl. Genit., Inaug.-Diss. Breslau 1900.
Wunderlich: Ueber die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchtelltuberkulose; Arch. f. Gyn., Bd. 59.
Zweifel: Vorlesungen über klin. Gynäkologie 1892 u. Centralbl. f. Gyn. 1890.

Lebenslauf.

Ich, Fritz Facilides, bin geboren am 23. Februar 1880 zu Reichenbach i. V. als Sohn des verstorbenen praktischen Arztes Dr. med. Woldemar Facilides. Ich besuchte die Bürgerschule und das Progymnasium zu Reichenbach, sowie das Gymnasium zu Schneeberg, das ich Ostern 1898 mit dem Reifezeugnis verliess. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Universitäten Freiburg, Tübingen, München und Leipzig. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 8. Februar 1900, das Staatsexamen im März 1903 in Leipzig. Meiner Militärpflicht genügte ich in Tübingen im Sommer-Semester 1900 und in Dresden vom 1. Juli 1903 bis 12. Februar 1904. Vom 1. April bis 31. Juli 1904 war ich als Volontärarzt am Kgl. Krankenstift Zwickau, seit 1. August 1904 bin ich als Assistenzarzt daselbst angestellt.